

Vision Care Eyeglass Patient (Medicaid Client) Certification Form (Spanish)

Yo, _____, declaro que:

Nombre del cliente de Medicaid

(Marque todos los que apliquen)

- Yo necesito reemplazar los lentes que tengo. Me ofrecieron una selección de lentes gratis, pero deseo otro tipo que no está incluido en el programa de Medicaid. *Yo entiendo que tendré que pagar por la diferencia.*

La selección(es) de lentes que escogí fue:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- Los lentes que van a ser reemplazados no fueron perdidos o destruidos intencionadamente.
- Yo recibí los lentes.

Firma del Cliente

Firma de Testigos

Fecha

Fecha

Número de identificación de Medicaid del
Cliente

Número de identificación del proveedor (TPI)

Número de identificación del proveedor (NPI)