

Medicaid Vision Eyewear Client Certification Form

A. Información del cliente	
1. Nombre del cliente:	2. Número de cliente:
B. Información del proveedor	
1. Nombre del proveedor:	2. NPI del proveedor:
C. Reconocimiento (ponga sus iniciales en todo lo que corresponda)	
<p>Me ofrecieron una selección de anteojos o lentes de contacto sin costo para mí, pero deseaba un tipo o estilo de anteojos más allá de lo que ofrece el programa Medicaid. Entiendo que seré responsable de cualquier saldo de los anteojos más allá de lo que cubren los beneficios del programa Medicaid.</p> <p>Mis selecciones más allá de los beneficios de Medicaid fueron:</p> <ol style="list-style-type: none">____________________ <p>Certifico que mis anteojos o lentes de contacto se perdieron, fueron robados o sufrieron daños irreparables y que recibí instrucciones sobre el uso y mantenimiento adecuados de los anteojos.</p> <p>He recogido / recibido mis nuevos anteojos o lentes de contacto.</p>	
D. Firma	
_____	_____
Nombre del cliente, padre o tutor en letra de molde	Nombre del testigo en letra de molde
_____	_____
Firma del cliente, padre o tutor	Firma del testigo
_____	_____
Fecha de la firma	Fecha de la firma