



Client Acknowledgment of the Receipt of Denture(s)
and of the Policies for Replacements
(Keep Original in Client Chart)

Client Name: _____ Medicaid ID #: _____

Treating Provider Name: _____ NPI #: _____

Name of Provider Group: _____

Address of Provider Group: _____

City, State, Zip Code: _____

Type of Permanent Denture Please check the correct box

- D5110 Complete upper denture []
D5120 Complete lower denture []
D5211 Partial upper denture resin based []
D5212 Partial lower denture resin based []
D5213 Partial upper denture cast metal []
D5214 Partial lower denture cast metal []

Patient Initials
↓

- I have been given my denture(s) and they look and fit well. I am pleased with my denture. I accept it as delivered. I have also been given the flyer "Caring for Your Dentures".
I know that, my Medicaid Insurance only covers dentures once every seven years. I know that replacement before the full seven years will only be if there is an extreme accident or illness. It must be approved by the Connecticut Dental Health Partnership (CTDHP).
I know that should my dentures become lost, destroyed or stolen, I will be responsible for giving CTDHP a copy of the police, fire or other incident report. It must show the circumstances involved.
I know that approval for replacement denture(s) is the decision of the CTDHP and the Department of Social Services (DSS). It will be based on the report and the current policies.
I know that if my dentures are replaced in the seven year limit, I will not be eligible for another replacement. Not until seven years have passed from when I was given the initial replacement denture(s).
Should I disagree with the CTDHP / DSS decision, I know that I have the right to appeal. Appeal is through the DSS Office of Legal Council, Regulations and Administrative Hearings.

Doctor Signature: _____ Date: _____

Client Signature: _____ Date: _____

Client Representative Signature: _____ Date: _____

Representative's relationship to Client: _____ Date: _____

Witnessed by (Name): _____ Date: _____

Signature: _____ Title: _____



Reconocimiento del Cliente de la Entrega de la(s) Dentadura(s) y de las Pólizas para su Uso

(Keep Original in Client Chart)

Nombre del cliente: _____ Medicaid ID #: _____

Nombre del proveedor de servicios: _____ NPI #: _____

Nombre del grupo del proveedor: _____

Dirección del grupo del proveedor: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Tipo de Dentadura permanente Seleccione la caja/s correcta

- D5110 - Dentadura completa de arriba
- D5120 - Dentadura completa de abajo
- D5211 - Dentadura parcial base resina de arriba
- D5212 - Dentadura parcial base resina de abajo
- D5213 - Dentadura parcial base metal de arriba
- D5214 - Dentadura parcial base metal de abajo

Iniciales del cliente
↓

- _____ He recibido mi(s) dentadura(s) se ven y me quedan bien. Estoy satisfecho con ellas. Las acepto como están al recibirlas. También recibí la hoja de información "Cuidando de sus Dentaduras".
- _____ Entiendo que mi seguro de Medicaid solo cubre una dentaduras cada siete años. Entiendo que solo habrá un reemplazo si hay un accidente extremo o enfermedad. Las dentaduras deberán ser aprobadas por Connecticut Dental Health Partnership (CTDHP).
- _____ Entiendo que si mi(s) dentadura(s) se pierden, son destruidas o robadas, yo seré responsable de darle a CTDHP una copia del reporte de la policía, departamento de bomberos o un reporte de incidente. Este reporte debe incluir las circunstancias envueltas en el incidente.
- _____ Entiendo que la aprobación para reemplazar las dentadura(s) es una decisión de CTDHP y el Departamento de Servicios Sociales (DSS). Esta estará basada en las circunstancias, reporte (policía/bomberos/otra) y pólizas actuales.
- _____ Entiendo que si mis dentadura(s) son reemplazadas antes del límite de siete años, yo solo seré elegible para otro reemplazo en siete años (desde la fecha del reemplazo).
- _____ Si no estoy de acuerdo con la decisión de CTDHP/DSS, entiendo que tengo el derecho de apelar la decisión. Las apelaciones son con DSS Office of Legal Council, Regulations and Administrative Hearings.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del cliente: _____ Fecha: _____

Relación entre el representante y el cliente: _____ Fecha: _____

Testigos (Nombre): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Título: _____