

B.81 Vision Care Eyeglass Patient (Medicaid Client) Certification Form

I, _____, certify that:

Printed Name of Medicaid Client

(Check all that apply:)

_____ I was offered a selection of serviceable glasses at no cost to me, but I desired a type or style of eyewear beyond Medicaid program benefits. **I will be responsible for any balance for eyewear beyond Medicaid program benefits.**

My selection(s) beyond Medicaid benefits were:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

_____ The glasses that are being replaced were unintentionally lost or destroyed.

_____ I picked up/received the eyewear.

Medicaid Client Signature

Witness Signature

Date

Date

Medicaid Client Identification Number

Medicaid TPI

B.82 Vision Care Eyeglass Patient (Medicaid Client) Certification Form (Spanish)

Yo, _____, declaro que:

Nombre de 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 intencionalmente.

Yo recibí los lentes.

Firma de Testigos

Firma del Cliente

Fecha

Fecha

El número de identificación de Medicaid

Identificación de proveedor de Texas

