

ข้อตกลงในการชำระค่าบริการด้านการดูแลสุขภาพ

Agreement to Pay for Healthcare Services

WAC 182-502-0160 ("การเรียกเก็บเงินจากลูกค้า")

นี่ คือข้อตกลงระหว่าง "ลูกค้า" และ "ผู้ให้บริการ" ตามคำจำกัดความด้านล่าง ลูกค้าตกลงที่จะชำระเงินให้กับผู้ให้บริการสำหรับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยงานดูแลสุขภาพ (HCA) จะไม่ชำระเงิน ทั้งสองฝ่ายต้องลงนามในข้อตกลงนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ของข้อตกลงนี้ "บริการ" รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การรักษาทางการแพทย์ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยา

ลูกค้า - ผู้รับสิทธิประโยชน์จาก Medicaid หรือสวัสดิการด้านสุขภาพอื่น ๆ ผ่านทางสำนักงานดูแลสุขภาพ (HCA) หรือองค์กรบริหารจัดการดูแลสุขภาพ (MCO) ที่ทำสัญญากับ HCA
ผู้ให้บริการ - สถาบัน หน่วยงาน ธุรกิจ หรือบุคคลที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ลูกค้าของ HCA และมีข้อตกลงที่ลงนามกับ HCA หรือได้รับอนุญาตจาก MCO

ข้อตกลงฉบับนี้และ WAC 182-502-0160 ใช้บังคับกับการเรียกเก็บเงินจากลูกค้าสำหรับบริการที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุม ตามที่ระบุไว้ใน WAC 182-501-0050 ถึง WAC 182-501-0070 ผู้ให้บริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากลูกค้าของ HCA รายใด (รวมถึงลูกค้าที่ลงทะเบียนกับ MCO ซึ่งทำสัญญากับ HCA) สำหรับบริการที่ HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA อาจชำระได้ จนกว่าผู้ให้บริการจะดำเนินการตามข้อกำหนดทั้งหมดในการขออนุมัติให้เสร็จสิ้น

ชื่อตัวบรรจงของลูกค้า	หมายเลขประจำตัวลูกค้า
ชื่อตัวบรรจงของผู้ให้บริการ	หมายเลขผู้ให้บริการ

คำแนะนำ:

- ทั้งผู้ให้บริการและลูกค้าต้องกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วนก่อนที่ลูกค้าของ HCA จะได้รับบริการใด ๆ ที่ต้องใช้ข้อตกลงนี้
- คุณต้องกรอกแบบฟอร์มนี้ไม่เกิน 90 วันปฏิทินก่อนวันที่ให้บริการ หากบริการไม่ได้รับการให้ภายใน 90 วันปฏิทิน ผู้ให้บริการและลูกค้าต้องกรอกและลงนามในแบบฟอร์มใหม่
- ผู้ให้บริการและลูกค้าต้องกรอกแบบฟอร์มนี้เฉพาะ **หลังจาก** ที่พวกเขาได้ดำเนินการทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องจาก HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA ซึ่งจำเป็นสำหรับการขออนุมัติสำหรับบริการที่ร้องขอ ขั้นตอนเหล่านี้จะรวมถึงกระบวนการยกเว้นกฎ (ETR) สำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุมตามที่ระบุไว้ใน **WAC 182-501-0160** หรือกระบวนการพิจารณาดีทางการปกครอง หากลูกค้าเลือกที่จะดำเนินการตามกระบวนการเหล่านี้
- ลูกค้าที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษจำกัด (LEP) ต้องสามารถเข้าใจแบบฟอร์มนี้ในภาษาหลักของพวกเขา
สิ่งนี้อาจรวมถึงแบบฟอร์มที่แปลหรือการแปลความหมายของแบบฟอร์ม หากแบบฟอร์มได้รับการแปลความหมายให้กับลูกค้า ผู้แปลต้องลงนามและระบุวันที่ในแบบฟอร์มด้วย
ทั้งลูกค้าและผู้ให้บริการต้องลงนามในแบบฟอร์มที่แปลแล้ว

กรอกข้อมูลในตารางด้านล่างของแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน หากจำเป็น ให้แนบแผ่นกระดาษเพิ่มเติมสำหรับบริการเพิ่มเติม ลูกค้า ผู้ให้บริการ และผู้แปล (หากมี) ต้องลงนามและระบุวันที่ในแต่ละหน้าที่เพิ่มเติม

หมายเหตุสำคัญจาก HCA:

- ข้อตกลงนี้จะเป็นโมฆะและไม่สามารถบังคับใช้ได้หากผู้ให้บริการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของแบบฟอร์มนี้และ WAC 182-502-0160 หรือไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการชำระเงินของ HCA ตามที่ระบุในรหัสข้อบังคับทางการบริหารของรัฐวอชิงตัน (Washington Administrative Code: WAC) และคำแนะนำการเรียกเก็บเงินที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการต้องชำระเงินคืนให้กับลูกค้าทั้งหมดที่ลูกค้าได้ชำระไป
- ดูที่ WAC 182-502-0160(9) สำหรับรายการบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากลูกค้าได้ ไม่ว่าจะมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ตาม
- เก็บข้อตกลงฉบับเดิมในบันทึกทางการแพทย์ของลูกค้าเป็นเวลา 6 ปี นับจากวันที่ข้อตกลงนี้ได้รับการลงนาม ให้สำเนาของข้อตกลงที่กรอกข้อมูลและลงนามแล้วแก่ลูกค้า
 - ผู้ให้บริการมีความรับผิดชอบในการให้การแปลหรือการแปลความหมายของแบบฟอร์มนี้และเนื้อหาของมันแก่ลูกค้าที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษจำกัด (LEP) แบบฟอร์มที่แปลแล้วมีให้บริการที่: [แบบฟอร์มและสิ่งพิมพ์ของ HCA \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications)

บริการหรือรายการที่เฉพาะเจาะจงที่จะให้และวันที่คาดว่าจะให้บริการ	รหัส CPT/CDT/HCPC (รหัสเรียกเก็บ)	จำนวนเงินที่ลูกค้าต้องชำระ	เหตุผลที่ลูกค้าตกลงที่จะถูกเรียกเก็บเงิน (เลือกเหตุผลที่ตรงกับบริการแต่ละรายการ)	ทางเลือกในการรักษาที่ครอบคลุมที่มีให้ แต่ลูกค้าไม่ได้เลือก	วันที่ที่มีการขอยกเว้นกฎ (ETR)/ขอการยกเว้นการปฏิเสธ (NFJ) หรือการขออนุมัติล่วงหน้า (PA) ที่ขอ/ถูกปฏิเสธ หรือยกเว้น หากมีการใช้	
			☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกปฏิเสธ ☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกยกเว้น ☐ บริการที่ครอบคลุมแต่ถูกปฏิเสธเนื่องจากไม่จำเป็นทางการแพทย์ ☐ บริการที่ครอบคลุม แต่ประเภทเฉพาะไม่ถูกชำระ ☐ การส่งจ่าย, การส่งยา, หรือการส่งต่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มีใบอนุญาตแต่ไม่ได้ลงทะเบียน		การขอยกเว้นกฎ (ETR) ที่ขอหรือถูกยกเว้น การขออนุมัติล่วงหน้า (PA)	การปฏิเสธการขอยกเว้นกฎ (ETR) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA) การปฏิเสธการขออนุมัติล่วงหน้า (PA) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA)
			☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกปฏิเสธ ☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกยกเว้น ☐ บริการที่ครอบคลุมแต่ถูกปฏิเสธเนื่องจากไม่จำเป็นทางการแพทย์ ☐ บริการที่ครอบคลุม แต่ประเภทเฉพาะไม่ถูกชำระ ☐ การส่งจ่าย, การส่งยา, หรือการส่งต่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มีใบอนุญาตแต่ไม่ได้ลงทะเบียน		การขอยกเว้นกฎ (ETR) ที่ขอหรือถูกยกเว้น การขออนุมัติล่วงหน้า (PA)	การปฏิเสธการขอยกเว้นกฎ (ETR) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA) การปฏิเสธการขออนุมัติล่วงหน้า (PA) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA)
			☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกปฏิเสธ ☐ บริการที่ไม่ครอบคลุม, การขอยกเว้นกฎ (ETR) ถูกยกเว้น ☐ บริการที่ครอบคลุมแต่ถูกปฏิเสธเนื่องจากไม่จำเป็นทางการแพทย์ ☐ บริการที่ครอบคลุม แต่ประเภทเฉพาะไม่ถูกชำระ ☐ การส่งจ่าย, การส่งยา, หรือการส่งต่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มีใบอนุญาตแต่ไม่ได้ลงทะเบียน		การขอยกเว้นกฎ (ETR) ที่ขอหรือถูกยกเว้น การขออนุมัติล่วงหน้า (PA)	การปฏิเสธการขอยกเว้นกฎ (ETR) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA) การปฏิเสธการขออนุมัติล่วงหน้า (PA) (กรุณาระบุประกาศจาก HCA)
- ข้าพเจ้าทราบว่า HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA จะไม่ชำระค่าบริการที่ร้องขอเนื่องจากเหตุผลหนึ่งในรายการดังต่อไปนี้ ตามที่ระบุไว้ในตารางข้างต้น: 1) HCA ไม่ครอบคลุมบริการดังกล่าว; 2) บริการดังกล่าวถูกปฏิเสธเนื่องจากไม่จำเป็นทางการแพทย์สำหรับข้าพเจ้า; หรือ 3) บริการดังกล่าวถูกครอบคลุม แต่ประเภทที่ข้าพเจ้าร้องขอนั้นไม่ถูกครอบคลุม - ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถทำได้ แต่อาจเลือกที่จะไม่ทำ: 1) ขอการยกเว้นกฎ (ETR) หลังจาก HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA ปฏิเสธคำขอสำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุม; หรือ 2) ขอการพิจารณาเพื่ออุทธรณ์การปฏิเสธคำขอของ HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA สำหรับบริการที่ร้องขอ - ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจากผู้ให้บริการเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมทั้งหมด รวมถึงบริการที่อาจได้รับการชำระเงินจาก HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA และข้าพเจ้าก็ยังคงเลือกที่จะรับบริการที่ระบุข้างต้น - ฉันเข้าใจว่า HCA ไม่ครอบคลุมบริการที่ได้รับค่าส่ง ได้รับใบสั่งยา หรือเป็นผลมาจากการส่งต่อจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่ได้ทำสัญญากับ HCA ตามที่ระบุไว้ในบทที่ 182-502 ของ WAC ฉันตกลงที่จะชำระเงินให้กับผู้ให้บริการโดยตรงสำหรับบริการที่ระบุไว้ข้างต้น - ฉันเข้าใจว่าจุดประสงค์ของแบบฟอร์มนี้คือเพื่อให้ฉันสามารถชำระเงินและรับบริการที่ HCA หรือ MCO ที่ทำสัญญากับ HCA จะไม่รับผิดชอบในการชำระเงิน ผู้ให้บริการรายนี้ได้ตอบทุกคำถามของฉันอย่างน่าพอใจและได้มอบสำเนาแบบฟอร์มฉบับสมบูรณ์ให้ฉันแล้ว - ฉันเข้าใจว่าฉันสามารถโทรติดต่อ HCA ได้ที่ 1-800-562-3022 เพื่อขอรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิ์ของฉันหรือบริการที่ HCA ครอบคลุมภายใต้ระบบค่าบริการตามการให้บริการหรือการดูแลแบบมีการจัดการ						
ฉันขอยืนยันว่า: ฉันเข้าใจและยอมรับเนื้อหาของแบบฟอร์มนี้ รวมถึงประเด็นที่ระบุไว้ข้างต้น			ลายเซ็นของลูกค้าหรือผู้แทนทางกฎหมายของลูกค้า		วันที่	
ฉันขอยืนยันว่า: ฉันได้ปฏิบัติตามความรับผิดชอบและข้อกำหนดทั้งหมดตามที่ระบุไว้ใน WAC 182-502-0160			ลายเซ็นของผู้ให้บริการ		วันที่	
ฉันขอยืนยันว่า: ฉันได้แปลแบบฟอร์มนี้ อย่างถูกต้องที่สุดตามความสามารถของฉันให้กับลูกค้าที่ลงนามข้างต้น			ชื่อพิมพ์และลายเซ็นของผู้แปล		วันที่	