

اتفاقية الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية  
Agreement to Pay for Healthcare Services  
WAC 182-502-0160 ("مطالبة العميل بدفع التكاليف")

هذه اتفاقية بين "العميل" و"موفر الخدمة" كما هو محدد أدناه. يوافق العميل على الدفع لموفر الخدمة مقابل الخدمة (الخدمات) الصحية والتي لا تتحمل تكلفتها هيئة الرعاية الصحية (HCA). ويجب أن يقوم كلا الطرفين بالتوقيع على هذه الاتفاقية. لأغراض هذه الاتفاقية، فإن كلمة "خدمات" تشتمل على سبيل المثال لا الحصر أسلوب العلاج والرعاية الصحية والمعدات والتجهيزات والأدوية

العميل - هو المستفيد من برنامج المساعدة الطبية أو مميزات الرعاية الصحية الأخرى المقدمة من خلال هيئة الرعاية الصحية (HCA) أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية (MCO) المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية. موفر الخدمة - مؤسسة أو وكالة أو شركة أو شخص يقدم خدمات الرعاية الصحية لعملاء هيئة الرعاية الصحية وقام بتوقيع اتفاقية مع هيئة الرعاية الصحية أو يحمل ترخيصاً من مؤسسة إدارة الرعاية الصحية.

تطالب هذه الاتفاقية و WAC 182-502-0160 العميل بدفع تكاليف الخدمات التي يشملها برنامج الرعاية الصحية أو التي لا يشملها كما هو موضح في WAC 182-501-0050 من خلال WAC 182-501-0070. قد لا يقوم موفر الخدمة بمطالبة عملاء هيئة الرعاية الصحية (بما في ذلك هؤلاء العملاء المسجلين في مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية) بدفع تكاليف الخدمات التي تتحمل تكلفتها هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية وذلك حتى يقوم موفر الخدمة باستيفاء جميع متطلبات الحصول على الترخيص.

اسم العميل بحروف واضحة	رقم بطاقة تعريف العميل
اسم موفر الخدمة بحروف واضحة	رقم موفر الخدمة

التوجيهات:

- يجب على كل من موفر الخدمة والعميل إكمال النموذج قبل تلقي عميل هيئة الرعاية الصحية لأي خدمة تتطلب وجود هذه الاتفاقية.
- يجب أن تقوم بإكمال هذا النموذج في مدة لا تتجاوز 90 يوماً قبل تاريخ بدء الخدمة. وإذا لم يتم تقديم الخدمة في غضون 90 يوماً، فيجب أن يقوم كل من موفر الخدمة والعميل بملء نموذج جديد وتوقيعه.
- لا يجب على موفر الخدمة والعميل إكمال هذا النموذج إلا بعد تنفيذ كل عمليات هيئة الرعاية الصحية المعمول بها أو عمليات مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية، وهي العمليات اللازمة للحصول على ترخيص الخدمة (الخدمات) المطلوبة. وقد يشمل هذا عملية الاستثناء من القاعدة للخدمات التي لا يشملها برنامج الرعاية الصحية كما هو موضح في WAC 182-501-0160 أو عملية جلسة الاستماع الإدارية إذا اختار العميل متابعة هذه العمليات.
- يجب أن يتمكن العملاء ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية من فهم هذا النموذج بلغتهم الأصلية. وقد يشمل هذا على نموذج مترجم أو ترجمة شفوية للنموذج. وإذا تمت ترجمة النموذج شفويًا للعميل، فيجب أن يوقع المترجم الفوري النموذج ويقوم بتأريخه. ويجب على كل من العميل وموفر الخدمة توقيع النموذج المترجم.
- قم بملء الجدول الموجود على ظهر هذا النموذج. إذا لزم الأمر، وأرفق نسخة أخرى للحصول على خدمات إضافية. ويجب على العميل وموفر الخدمة والمترجم الفوري (إذا اقتضى الأمر) توقيع كل صفحة من الصفحات الإضافية وتاريخها.

ملاحظة مهمة من هيئة الرعاية الصحية:

- تعتبر هذه الاتفاقية باطلة ولا يُعمل بها إذا فشل موفر الخدمة في الامتثال لمتطلبات هذا النموذج و WAC 182-502-0160 أو لم يستوفي شروط الدفع الخاصة بهيئة الرعاية الصحية كما هو موضح في قانون واشنطن الإداري المعمول به وتعليمات السداد. يجب أن يقوم موفر الخدمة بتعويض العميل عن المبلغ الإجمالي الذي قام العميل بدفعه.
- راجع WAC 182-502-0160(9) للحصول على قائمة بالخدمات التي لا يتحمل العميل تكاليفها بغض النظر عن الاتفاقية المكتوبة.
- احتفظ بالاتفاقية الأصلية في السجل الطبي للعميل لمدة 6 سنوات من تاريخ توقيع الاتفاقية. وقدم نسخة من هذه الاتفاقية الكاملة والموقعة إلى العميل.
- يعتبر موفري الخدمة مسؤولين عن ضمان تقديم هذه الترجمة أو الترجمة الفورية لهذا النموذج ومحتواه إلى العملاء ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية. وتتوفر النماذج المترجمة على الموقع [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications).

الخدمة (الخدمات) المحددة التي يجب توفيرها وتاريخ بدء الخدمة المتوقع	قانون CPT/CDT/ hcpc (قانون تسوية الفواتير)	المبلغ الواجب دفعه من قبل العميل	سبب قبول العميل بدفع التكاليف (حدد كل ما ينطبق على كل خدمة)	بدائل العلاج التي يشملها برنامج الرعاية الصحية المقدمة والتي لا يختارها العميل	تاريخ (تواريخ) طلب/رفض etr/nfj أو التنازل عنها، أو طلب/رفض ترخيص مسبق، إذا كان ذلك مطبقاً
			<input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، رفض الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، التنازل عن الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن تم رفضها حيث أنها غير ضرورية من الناحية الطبية <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن النوع المحدد لا يتم الدفع مقابل الحصول عليه <input type="checkbox"/> تم طلبها أو وصفها أو إحالتها من قبل موفر الرعاية الصحية المرخص وغير المسجل	تم طلب الاستثناء من القاعدة أو التنازل عنها	رفض الاستثناء من القاعدة (مرفق إشعار هيئة الرعاية الصحية)
			<input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، مع رفض الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية مع التنازل عن الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن تم رفضها حيث أنها غير ضرورية من الناحية الطبية <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن النوع المحدد لا يتم الدفع مقابل الحصول عليه <input type="checkbox"/> تم طلبها أو وصفها أو إحالتها من قبل موفر الرعاية الصحية المرخص وغير المسجل	طلب الترخيص المسبق	رفض الترخيص المسبق (مرفق إشعار هيئة الرعاية الصحية)
			<input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، مع رفض الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، مع التنازل عن الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن تم رفضها حيث أنها غير ضرورية من الناحية الطبية <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن النوع المحدد لا يتم الدفع مقابل الحصول عليه <input type="checkbox"/> تم طلبها أو وصفها أو إحالتها من قبل موفر الرعاية الصحية المرخص وغير المسجل	تم طلب الاستثناء من القاعدة أو التنازل عنها	رفض الاستثناء من القاعدة (مرفق إشعار هيئة الرعاية الصحية)
			<input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، مع رفض الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة غير شاملة الرعاية الصحية، مع التنازل عن الاستثناء من القاعدة <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن تم رفضها حيث أنها غير ضرورية من الناحية الطبية <input type="checkbox"/> خدمة شاملة الرعاية الصحية ولكن النوع المحدد لا يتم الدفع مقابل الحصول عليه <input type="checkbox"/> تم طلبها أو وصفها أو إحالتها من قبل موفر الرعاية الصحية المرخص وغير المسجل	طلب الترخيص المسبق	رفض الترخيص المسبق (مرفق إشعار هيئة الرعاية الصحية)
<ul style="list-style-type: none"> <li>أدرك أن هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية لن تدفع مقابل خدمة (خدمات) محددة تم طلبها وذلك نتيجة إحدى الأسباب التالية كما يشار إليها في الجدول أعلاه: (1) لا تغطي هيئة الرعاية الصحية تكلفة الخدمة (الخدمات)؛ (2) أو رفض الخدمة (الخدمات) حيث أنها ليست ذات أهمية طبية بالنسبة لي، (3) أو يتم تغطية الخدمة (الخدمات) ولكن النوع الذي طلبته غير ذلك.</li> <li>أدرك أنني أستطيع، ولكنني اخترت عدم: (1) طلب الاستثناء من القاعدة عقب رفض هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية لطلب الحصول على خدمة غير شاملة الرعاية الصحية؛ أو (2) طلب جلسة استماع لاستئناف رفض هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية للخدمة المطلوبة.</li> <li>تم إبلاغي من قبل موفر الخدمة بكل وسائل العلاج الطبية المناسبة والمتوفرة، بما في ذلك الخدمات التي تتحمل تكلفتها هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية، وما زلت اختار الحصول على الخدمة (الخدمات) المحددة أدناه.</li> <li>أدرك أن هيئة الرعاية الصحية لا تغطي تكاليف الخدمات التي يطلبها أو ينص عليها، أو تأتي نتيجة لإحالتها من موفر خدمة الرعاية الصحية غير المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية كما هو موضح في الفصل WAC 182-502.</li> <li>أوافق على الدفع بشكل مباشر لموفر الخدمة مقابل الخدمة (الخدمات) المحددة والمدرجة أعلاه.</li> <li>أدرك الغرض من هذا النموذج وهو السماح لي بالدفع والحصول على الخدمة (الخدمات) التي لا تتحمل تكلفتها هيئة الرعاية الصحية أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية المتعاقدة مع هيئة الرعاية الصحية. أجاب موفر الخدمة هذا عن كل استفساراتي على نحو يرضيني وقد أعطاني نسخة كاملة من هذا النموذج.</li> <li>أدرك أنني يمكنني الاتصال بهيئة الرعاية الصحية على الرقم 1-800-562-3022 للحصول على معلومات إضافية بشأن حقوقي أو الخدمات التي تغطيها هيئة الرعاية الصحية بموجب الدفع مقابل الخدمات أو إدارة الرعاية.</li> </ul>					
أقر أنني: أدرك محتوى هذا النموذج وأوافق عليه بما في ذلك النقاط الموضحة أعلاه.	توقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل	التاريخ			
أقر أنني: التزمت بكافة المسؤوليات والمتطلبات كما هي موضحة في WAC 182-502-0160.	موفر الخدمة (الخدمات) وتوقيعه	التاريخ			
أقر أنني قيمت بترجمة هذا النموذج فوراً بدقة باذلاً فيه قصارى جهدي وذلك للعميل الموقع اعلاه.	اسم المترجم الفوري بحروف واضحة وتوقيعه	التاريخ			