

កិច្ចព្រមព្រៀងចេញប្រាក់បង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព
Agreement to Pay for Healthcare Services
 WAC 182-502-0160 (“Billing a Client” (“ការទារប្រាក់ពីអតិថិជន”))

នេះគឺជាកិច្ចព្រមព្រៀងរវាង “អតិថិជន” និង “អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព” ទៅតាមនិយមន័យដែលបានកំណត់ខាងក្រោម។ អតិថិជនបានយល់ព្រមបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព (ទាំងឡាយណា) ដែលអាចផ្តល់ថែទាំសុខភាព (Health Care Authority, HCA) និងមិនបង់។ ភាគីទាំងសងខាងត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ, ពាក្យ “សេវា” រួមមាន, ប៉ុន្តែមិនកំណត់តែចំពោះ, ន័យថា ការព្យាបាលសុខភាព, បរិក្ខារថែទាំសុខភាព, ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់សុខភាព, និងថ្នាំទ្រទ្រង់សុខភាព។

អតិថិជន – អ្នកទទួលបាន Medicaid (មេឌីមេដ) ឬជំនួយថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត តាមរយៈ HCA ឬអង្គការថែទាំសុខភាពមានកិច្ចគ្រប់គ្រង (Managed Care Organization, MCO) ណាមួយដែល បានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព – ស្ថាប័ន, ទីភ្នាក់ងារ, ពាណិជ្ជកម្ម, ឬមនុស្សណាម្នាក់ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជូនអតិថិជន HCA និងដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ឬបានទទួលការអនុញ្ញាតពី MCO។ កិច្ចព្រមព្រៀងនេះ និងច្បាប់ WAC 182-502-0160 អនុវត្តការទារប្រាក់ពីអតិថិជន សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងសេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនានា ទៅតាមវាក្យខ័ណ្ឌដែលបានពណ៌នាក្នុងច្បាប់ WAC 182-501-0050 រហូតដល់ WAC 182-501-0070។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមិនអាចទារប្រាក់ពីអតិថិជន HCA ណាម្នាក់ទេ (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងអស់អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយ MCO ដែលបាន ចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ផង) សម្រាប់សេវាទាំងឡាយណា ដែល HCA ឬ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA អាចនឹងបានបង្វែរទៅហើយនោះ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រូបនោះបានបំពេញក្របខ័ណ្ឌតម្រូវទាំងអស់ស្រេចជាមុនសិន ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាដែលបានស្នើសុំ។

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺអក្សរពុម្ព | លេខសម្គាល់អ្នកជម្ងឺ |
| ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មអក្សរពុម្ព | លេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម |

សេចក្តីណែនាំ ៖

- ទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ទាំងអតិថិជន ត្រូវតែបំពេញទម្រង់នេះឲ្យបានចប់សព្វគ្រប់ នៅមុនពេលអតិថិជន HCA ទទួលសេវាថែទាំសុខភាពណាមួយ ដែលកិច្ចព្រមព្រៀងនេះបានតម្រូវ។
- អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់នេះឲ្យបានចប់សព្វគ្រប់ កុំឲ្យហួសពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃប្រតិទិន មុនថ្ងៃចាប់ផ្តើមនៃសេវា។ បើសេវានេះមិនបានផ្តល់នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃប្រតិទិនទេ, នោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និង អតិថិជនត្រូវតែបំពេញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ថ្មីមួយទៀត។
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអតិថិជនត្រូវតែបំពេញទម្រង់នេះ តែនៅក្រោយពេលដែលពួកគេបានប្រើអស់នីតិវិធីនានារបស់ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ដែលចាំបាច់ ដើម្បីទទួលបាន ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវានានាដែលបានស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។ ករណីទាំងនេះអាចរាប់បញ្ចូលទាំងនីតិវិធីលើកលែងចំពោះបទបញ្ញត្តិ (Exception to Rule, ETR) សម្រាប់សេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ទៅតាម វាក្យខ័ណ្ឌដែលបានពណ៌នាក្នុងច្បាប់ WAC 182-501-0160 ឬនីតិវិធីសវនាការរដ្ឋបាល (Administrative Hearing) ផង, ប្រសិនបើអតិថិជនជ្រើសរើសប្រើប្រាស់នីតិវិធីទាំងនេះ។
- អតិថិជនដែលមិនសូវចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស (Limited English proficiency, LEP) ត្រូវតែអាចយល់ទម្រង់នេះក្នុងភាសាកំណើតរបស់ពួកគេ។ ករណីនេះអាចរាប់បញ្ចូលទាំងទម្រង់បកប្រែជាក្រដាស ឬទម្រង់ដែលប្រែសម្រួលដោយផ្ទាល់មាត់។ បើសិនជាទម្រង់នេះត្រូវបានប្រែសម្រួលឲ្យអតិថិជនស្តាប់ដោយផ្ទាល់មាត់, នោះអ្នកបកប្រែសម្រួលផ្ទាល់មាត់ក៏ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់នេះដែរ។ ទាំងអតិថិជន ទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បកប្រែជាក្រដាស។

សូមបំពេញតារាងលើទំព័រខាងក្រោយនៃទម្រង់នេះឲ្យបានសព្វគ្រប់។ បើសិនជាចាំបាច់, សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែមដើម្បីបំពេញព័ត៌មានបន្ថែមផ្សេងៗ។ អតិថិជន, អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព, និងអ្នកប្រែ សម្រួលផ្ទាល់មាត់ (បើសិនជាអនុវត្ត) ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើប្រដាប់បន្ថែមគ្រប់សន្លឹក។

សេចក្តីសម្គាល់សំខាន់ៗចេញពី HCA ៖

- កិច្ចព្រមព្រៀងនេះនឹងចាត់ទុកជាមោឃៈ និងមិនអាចអនុវត្តបាន ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមិនគោរពតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនានានៃទម្រង់នេះ និងច្បាប់ WAC 182-502-0160 ឬមិនបំពេញតាម លក្ខខណ្ឌបង្កប់ប្រាក់នានារបស់ HCA ទៅតាមវាក្យខ័ណ្ឌដែលបានពណ៌នាក្នុងច្បាប់ក្រមរដ្ឋបាលនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington Administrative Code, WAC) និងសេចក្តីណែនាំអំពីការទារប្រាក់។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពត្រូវតែសម្របសម្រួលប្រាក់ទោអតិថិជនវិញគ្រប់ចំនួន ដែលអតិថិជនបានបង់។
- ចូរមើលច្បាប់ WAC 182-502-0160(9) ដើម្បីស្វែងយល់អំពីបញ្ជីឈ្មោះសេវានានា ដែលគេមិនអាចទារប្រាក់ពីអតិថិជន, ដោយមិនគិតអំពីលក្ខខណ្ឌដែលបានចែងក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះឡើយ។
- ចូររក្សាកិច្ចព្រមព្រៀងដើមទុកក្នុងសំណុំឯកសាររដ្ឋសាស្ត្ររបស់អតិថិជនសម្រាប់រយៈពេល 6 ឆ្នាំ ដោយរាប់ចាប់ពីថ្ងៃដែលកិច្ចព្រមព្រៀងនេះបានចុះហត្ថលេខា។ ចូរឲ្យសំណើថែទាំម្តងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបាន បំពេញនិងចុះហត្ថលេខានេះទៅអតិថិជន។
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាថា សំណើបកប្រែជាក្រដាសឬការប្រែសម្រួលផ្ទាល់មាត់នៃទម្រង់នេះ ហើយនិងខ្លឹមសាររបស់វា ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អតិថិជន LEP ជាក់ហិត។ សំណើបកប្រែជាក្រដាសនៃទម្រង់នេះមានបង្ហាញផ្សាយនៅលើគេហទំព័រ [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications) ។

| សេវាបុគ្គលិកជាក់លាក់ ដែលត្រូវផ្តល់ជូន និង កាលបរិច្ឆេទសេវាមួយដែលរំពឹងទុក | លេខកូដ CPT/CDT/ HCPC (លេខកូដ ទារព្រាក់) | ចំនួនប្រាក់ដែល ត្រូវបង់ដោយ អតិថិជន | មូលហេតុដែលអតិថិជនយល់ព្រមឲ្យគេទារព្រាក់ពីខ្លួន (ចូរគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់មួយដែលអនុវត្តសម្រាប់សេវាទីមួយ) | ការព្យាបាលដែលបានត្រូវរ៉ាប់រង ទៅតាម ទម្រង់បែបបទដទៃទៀត ដែលបានត្រូវគេ ស្នើសុំផ្តល់ជូន ក៏ប៉ុន្តែមិនបានត្រូវជ្រើសរើស យកដោយអតិថិជន | កាលបរិច្ឆេទ(នានា) ETR/NFJ បានត្រូវស្នើសុំ/បដិសេធ ឬអនុវត្ត, ឬ ការផ្តល់សិទ្ធិជាមុន (PA) បានត្រូវស្នើសុំ/បដិសេធ, បើសិនជាអាច | |
|--|--|--|---|--|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង ETR បានបដិសេធ <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង, ETR បានត្រូវអនុវត្ត <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែបានត្រូវបដិសេធព្រោះមិនចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង, ប៉ុន្តែសេវាជាក់លាក់មួយចំនួនមិនបានត្រូវគេបង់ប្រាក់ឲ្យ <input type="checkbox"/> វិជ្ជបញ្ជា,ការដាក់កម្រិត,វិ ការសំដៅចំពោះអ្នកឯកទេសដែលមិន មើនជាសមាជិកក្នុងអ្នកឯកទេសគាំពារសុខភាព | | ETR បានត្រូវស្នើសុំ ឬបានត្រូវអនុវត្ត | ETR បានត្រូវបដិសេធ (ភ្ជាប់សេចក្តី ប្រកាស HCA) |
| | | | <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង ETR បានបដិសេធ <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង, បានត្រូវអនុវត្តខាងផ្នែក ETR <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែបានត្រូវបដិសេធព្រោះមិនចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង, ប៉ុន្តែសេវាជាក់លាក់មួយចំនួនមិនបានត្រូវគេបង់ប្រាក់ឲ្យ <input type="checkbox"/> វិជ្ជបញ្ជា,ការដាក់កម្រិត,វិ ការសំដៅចំពោះអ្នកឯកទេសដែលមិន មើនជាសមាជិកក្នុងអ្នកឯកទេសគាំពារសុខភាព | | ETR បានត្រូវស្នើសុំ ឬបានត្រូវអនុវត្ត | ETR បានត្រូវបដិសេធ (ភ្ជាប់សេចក្តី ប្រកាស HCA) |
| | | | <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង ETR បានបដិសេធ <input type="checkbox"/> សេវាមិនបានរ៉ាប់រង, បានត្រូវអនុវត្តខាងផ្នែក ETR <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែបានត្រូវបដិសេធព្រោះមិនចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បានរ៉ាប់រង, ប៉ុន្តែសេវាជាក់លាក់មួយចំនួនមិនបានត្រូវគេបង់ប្រាក់ឲ្យ <input type="checkbox"/> វិជ្ជបញ្ជា,ការដាក់កម្រិត,វិ ការសំដៅចំពោះអ្នកឯកទេសដែលមិន មើនជាសមាជិកក្នុងអ្នកឯកទេសគាំពារសុខភាព | | ETR បានត្រូវស្នើសុំ ឬបានត្រូវអនុវត្ត | ETR បានត្រូវបដិសេធ (ភ្ជាប់សេចក្តី ប្រកាស HCA) |
| <ul style="list-style-type: none"> ខ្ញុំយល់ថា HCA ឬ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA និងមិនបង់ថ្លៃសេវាជាក់លាក់(មួយចំនួន) ដែលកំពុងត្រូវបានស្នើសុំ សម្រាប់មូលហេតុមួយក្នុងចំណោមមូលហេតុនានាខាងក្រោមនេះ, ដូចដែល បានបញ្ជាក់ក្នុងតារាងខាងលើស្រាប់ ៖ 1) HCA មិនរ៉ាប់រងសេវា(មួយចំនួន); 2) សេវា(មួយចំនួន)បានត្រូវបដិសេធ ពីព្រោះមិនចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ខ្ញុំ, ឬ 3) សេវា(នានា)ត្រូវបានរ៉ាប់រង ក៏ប៉ុន្តែប្រភេទ សេវាដែលខ្ញុំបានស្នើសុំនោះ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាច, ក៏ប៉ុន្តែអាចនឹងជ្រើសរើសមិន, ៖ 1) ស្នើសុំការលើកលែងចំពោះបទបញ្ញត្តិ (Exception to Rule, ETR) ណាមួយ នៅក្រោយពេល HCA ឬ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA បានបដិសេធសេចក្តីស្នើសុំសេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងណាមួយកន្លងមក; វិ 2) ស្នើសុំសេវាគោលណាមួយដើម្បីសេរីការបដិសេធរបស់ HCA ឬរបស់ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ចំពោះសេវាដែលបានស្នើសុំកន្លងមក។ ខ្ញុំត្រូវបានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រទេសនេះប្រាប់សព្វគ្រប់អស់ហើយអំពីការព្យាបាលសមរម្យខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលកំពុងមានបម្រើការ, ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេវានានាដែលអាចនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងបង់ ប្រាក់ដោយ HCA ឬ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ផង, ហើយខ្ញុំនាំទៅតែជ្រើសរើសយកសេវាជាក់លាក់(នានា)ខាងលើដដែល។ ខ្ញុំយល់ថា HCA មិនរ៉ាប់រងបង់ប្រាក់លើថ្លៃសេវាដែលបានបញ្ជាទិញដោយ, ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយ, ឬជាលទ្ធផលនៃការបញ្ជូនចេញពី អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាម្នាក់ ដែលមិនបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA ទៅតាមវាក្យខ័ណ្ឌដែលបានពណ៌នាក្នុងច្បាប់ Chapter 182-502 WAC ទេ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រទេសនេះ សម្រាប់សេវាជាក់លាក់(នានា)ដែលបានចុះនៅខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ថា គោលបំណងនៃទម្រង់នេះគឺដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំបង់ប្រាក់លើថ្លៃសេវា និងទទួលសេវា(ទាំងឡាយណា) ដែល HCA ឬ MCO ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការជាមួយ HCA មិនរ៉ាប់រងបង់។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រទេសនេះបានឆ្លើយបំភ្លឺគ្រប់សំណួររបស់ខ្ញុំ បានគួរជាទីតាប់ចិត្តខ្ញុំណាស់ ព្រមទាំងបានប្រគល់សំណើចម្រង់នៃទម្រង់នេះពេញលេញមួយច្បាប់ដល់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទាក់ទងទៅ HCA តាមលេខ 1-800-562-3022 ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ឬសេវានានាដែលបានរ៉ាប់រងដោយ HCA ក្រោមកម្មវិធី Fee-for-Service (តម្លៃ-សម្រាប់-សេវា) ឬកម្មវិធី Managed Care (សេវាថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រង)។ | | | | | | |
| ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ៖ ខ្ញុំយល់ ព្រមទាំងស្របតាមខ្លឹមសារនៃទម្រង់នេះទាំងស្រុង, រួមទាំងវគ្គយ៉ាងទាំងប៉ុន្មាន ដែលបានដេរដោយសញ្ញាគ្រាប់មូលខាងលើផង។ | ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកផ្តល់ | កាលបរិច្ឆេទ | | | | |
| ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ៖ ខ្ញុំបានប្រតិបត្តិតាមកិច្ចការទទួលខុសត្រូវ និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ទាំងអស់ទៅតាមវាក្យខ័ណ្ឌក្នុងច្បាប់ WAC 182-502-0160 ។ | ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម | កាលបរិច្ឆេទ | | | | |
| ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ៖ ខ្ញុំបាននិយាយប្រែប្រួលទម្រង់នេះដោយត្រឹមត្រូវ ទៅតាមសមត្ថភាពខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់អតិថិជនដែលបានចុះហត្ថលេខាខាងលើ។ | ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរព្រុះ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ | កាលបរិច្ឆេទ | | | | |