

医疗保健费用支付协议

Agreement to Pay for Healthcare Services

华盛顿州行政法规 WAC 388-502-0160 (“向服务对象收账”)

此为“服务对象”与“服务提供者”之间的协议，具体定义如下。服务对象同意向服务提供者支付医疗保健计划管理部门(HCA)不予支付的医疗保健服务费用。此协议书须有双方的签名。就此项协议而言，“服务”包括但并不局限于治疗、设备、用品及医药。

服务对象 – 系指通过 HCA 或者与 HCA 签约之统一管理医疗保健组织(MCO)而获得 Medicaid 医疗辅助方案或其它医疗保健福利的保险受益人。

服务提供者 – 系指为 HCA 服务对象提供医疗保健服务并与 HCA 签约或经 MCO 授权的服务机构、代理机构、企业或者人士。

此项协议及华盛顿州行政法规 WAC 182-502-0160 适用于就华盛顿州行政法规 WAC 182-501-0050 至华盛顿州行政法规 WAC 182-501-0070 中所述承保服务与非承保服务而向服务对象收账的情况。在服务提供者按照全部要求完成授权申请手续之前，服务提供者不得就 HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划可能已支付费用的服务而向 HCA 服务对象（包括已加入与 HCA 签约之 MCO 计划的服务对象）收账。

当事人姓名（请工整填写）	当事人的个案号码
服务提供者姓名（请工整填写）	服务提供者号码

方法说明：

- 在 HCA 服务对象获得须签署此协议书方可批准的任何服务之前，服务提供者及服务对象均须填妥此表格的全部内容。
- 您必须于服务提供日期前 90 个历日内填妥此表格。如果未于 90 个历日内提供服务，服务提供者及服务对象则须重新填写并签署一份表格。
- 服务提供者及服务对象必须完成为使服务请求获得授权而须履行的 HCA 或 HCA 签约 MCO 计划之全部适用规程，之后他们才应在填写此表格。如果服务对象选择诉诸此类规程，则这些规程可能包括华盛顿州行政法规 WAC 182-501-0160 中所述的就非承保服务而对规则作例外考虑(ETR)之规定，或者行政听证规程。
- 此表格的内容必须便于英语熟练程度有限(LEP)的服务对象理解，并采用其母语文本。可采用此表格的书面译文或口译形式来提供此表格的内容。如果采用口译形式向服务对象提供此表格的内容，则口译人员也必须在此表格上签名并注明日期。服务提供者以及服务对象必须签署此表格的书面译文。

请填妥此表格背面所含窗体的全部内容 可根据需要加附页填写其它服务。服务对象、服务提供者及口译人员（若适用）必须在每一附页上签名并注明日期。

HCA 重要说明：

- 如果服务提供者未遵守此表格所述的要求及华盛顿州行政法规 WAC 182-502-0160 之规定，或者未遵守华盛顿州行政法规(WAC)中所述的 HCA 关于付款之条件，此项协议则无效且无法强制实施。服务提供者必须向服务对象全额偿还服务对象所支付的费用。
- 请阅华盛顿州行政法规 WAC 182-502-0160(9)，其中含有一份清单；对于此清单中所列的服务，不可向服务对象收账，而无论是否存在书面协议。
- 应将此协议的正本保存在服务对象的医疗记录中；而且从此协议签订之日起，保存期应为 6 年。应将已经填妥并经过签署的此协议书副本交给服务对象。
- 服务提供者有责任确保为 LEP 服务对象提供此表格的书面译文或口译内容。表格的书面译文载于网站上，网址是 [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications)。

即将提供的服务或物品， 以及预计服务日期	CPT/CDT/ HCPC 代码 (收账代 码)	服务对象应付 金额	服务对象同意向其收账的原因 (请为每一项服务选择一个适用原因)	所提供但非服务对象选择的 承保范围内治疗替代方 案	ETR/NFJ 请求/拒批或放弃请求日期，或者事先授权(PA)请 求/拒批日期 (如适用)	
			<input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已拒批 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已放弃 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不具备医疗必要性 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不支付某些类别的服务 <input type="checkbox"/> 命令，规定，或简称非注册许可的医疗保健专业		所请求或放弃的 ETR	ETR 拒批 (随附 HCA 通知函)
					PA 请求	PA 拒批 (随附 HCA 通知函)
			<input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已拒批 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已放弃 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不具备医疗必要性 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不支付某些类别的服务 <input type="checkbox"/> 命令，规定，或简称非注册许可的医疗保健专业		所请求或放弃的 ETR	ETR 拒批 (随附 HCA 通知函)
					PA 请求	PA 拒批 (随附 HCA 通知函)
			<input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已拒批 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 非承保范围内服务，已放弃 ETR 请求 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不具备医疗必要性 <input type="checkbox"/> 承保范围内服务，但不支付某些类别的服务 <input type="checkbox"/> 命令，规定，或简称非注册许可的医疗保健专业		所请求或放弃的 ETR	ETR 拒批 (随附 HCA 通知函)
					PA 请求	PA 拒批 (随附 HCA 通知函)
<ul style="list-style-type: none"> ● 本人明白，由于以下原因 (如上表所列) 之一，HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划将不支付所请求的特定服务之费用：1) HCA 不承保此类服务；2) 此类服务对本人不具备医疗必要性，因此未获批准；或者 3) 此类服务属于承保范围内服务，但本人所请求的服务类别不在承保范围内。 ● 本人明白，我可以采取以下行动，但也可选择不这样做：1) 在 HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划拒绝批准对非承保服务的请求之后，提请对规则作例外考虑 (ETR)；或者 2) 请求举行听证会，以对 HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划拒绝批准服务请求的决定提出上诉。 ● 此位服务提供者已经向我充分说明所有可行的适当治疗方案，其中包括 HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划可支付费用的服务，而本人仍选择获得上列特定服务。 ● 本人明白，依据华盛顿州行政法规(WAC)第 388-526 章之规定，HCA 不承保根据非 HCA 签约服务提供者之医嘱或处方所提供的服务，或者由其开具转诊书而获得的服务。 ● 本人同意向服务提供者直接支付上列特定服务的费用。 ● 本人明白，此表格在于允许我支付并获得 HCA 或与 HCA 签约之 MCO 计划不予支付费用的服务。 此位服务提供者已经对我的全部问题给予令人满意的答复，并给我一份填妥的此表格之副本。 ● 本人明白，如果我希望详细了解本人的权利或者由 HCA 随诊付费服务计划或统一管理保健计划承保的服务，我可以致电 HCA，电话号码是 1-800-562-3022。 						
本人证实：本人明白并同意此表格的内容，包括上面黑点段落中的内容。			当事人或当事人之法律代表签名		日期	
本人证实：我已履行和遵守华盛顿州行政法规 WAC 182-502-0160 中所述的全部责任与要求。			服务提供者签名		日期	
本人证实：本人尽已所能为上述服务对象提供此表格的准确口译内容。			口译人员之工整填写的姓名与签名		日期	