

قرارداد پرداخت خدمات بهداشتی درمانی
Agreement to Pay for Healthcare Services
WAC 182-502-0160 ("ارائه صورت حساب به مراجع")

این متن چنانکه در ادامه بیان شده قراردادی ما بین یک "مراجع" و یک "ارائه دهنده خدمات" می باشد. بر طبق این قرارداد مراجع با پرداخت هزینه خدمات بهداشتی درمانی موافقت می کند که ادراه بهداشت و درمان آن را به عهده نمی گیرد. هر دو طرف قرارداد باید این قرارداد را امضاء کنند. طبق اهداف این قرارداد، "خدمات" شامل موارد درمان از طریق رسیدگی بهداشتی درمانی، تجهیزات، تدارکات، و درمان دارویی می باشند اما تنها محدود به این موارد نمی شوند.

مراجع- شخصی که Medicaid یا دیگر مزایای بهداشتی و درمانی را از طریق اداره بهداشت و درمان یا سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان دریافت می کند.

ارائه دهنده خدمت- یک موسسه، آژانس، تجارت، یا شخص که خدمات بهداشتی و درمانی را به مراجعین اداره بهداشت و درمان ارائه می دهد و قراردادی با اداره بهداشت و درمان امضاء کرده یا مجوزی را از سوی یک سازمان مراقبت مدیریت شده داشته باشد.

این قرارداد و WAC 182-502-0160 مربوط به ارائه صورت حساب به مشتری در ازاء خدمات مورد پوشش و خارج از پوششی است که از WAC 182-501-0050 تا WAC 182-501-007 توضیح داده شده است. ارائه دهندگان خدمت تا زمانی که تمامی الزامات برای دریافت مجوز را انجام ندهند در ازاء خدماتی که ممکن است قبل از اینکه ارائه دهنده خدمت تمامی الزامات برای اخذ مجوز توسط انجام دهد اداره بهداشت و درمان یا سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرارداد با اداره بهداشت و درمان قبل از هزینه آنها را پرداخت کرده باشند مجاز به ارائه صورت حساب به مراجعین اداره بهداشت و درمان (شامل مراجعین طرف قرارداد با سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان) نمی باشند.

نام مراجع با حروف بزرگ	شماره شناسایی مراجع
نام ارائه دهنده خدمت با حروف بزرگ	شماره ارائه دهنده

دستورالعمل ها:

- هر دو طرف ارائه دهنده خدمت و مراجع باید قبل از اینکه مراجع اداره بهداشت و درمان هر گونه خدمتی را دریافت کند که برای دریافت آن این قرارداد مورد نیاز است این فرم را به طور کامل پر کنند.
- شما نباید این فرم را در زمانی قبل از 90 روز پیش از تاریخ ارائه خدمت تکمیل کنید. اگر خدمت مورد نظر در طی 90 روز ارائه نشود، آنگاه ارائه دهنده خدمت و مشتری باید یک فرم جدید را تکمیل و امضاء کنند.
- ارائه دهنده خدمت و مراجع باید تنها پس از اینکه تمامی فرآیندهای مربوطه اداره بهداشت و درمان یا سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرارداد با اداره بهداشت و درمان را که برای اخذ مجوز خدمت (خدمات) مورد تقاضا الزامی هستند گذرانده سپس اقدام به تکمیل این فرم کنند. ، در صورتی که مراجع این فرآیند ها را پیگیری کند، این موارد ممکن است شامل فرآیندهای معافیت از قانون در زمینه خدمات غیر پوششی باشد چنانکه در WAC 182-501-0160 یا فرآیندهای استماع اداری.
- مراجعینی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی دارند باید قادر به درک این فرم به زبان مادری خود باشند. این امر ممکن است مستلزم یک فرم ترجمه شده یا ارائه تفسیری از فرم باشد. اگر این فرم برای مراجع تفسیر شود، مفسر همچنین باید فرم را امضاء کند و تاریخ آن را یادداشت کند. هر دو طرف مراجع و ارائه دهنده خدمت باید یک فرم ترجمه شده را امضاء کنند.

جدول مندرج در پشت این فرم را به طور کامل پر کنید. در صورت نیاز برای خدمات دیگر برگه ای ضمیمه کنید. مراجع، ارائه دهنده خدمت و مفسر باید (در صورت لزوم) هر صفحه اضافه شده را امضاء کرده و تاریخ آن را یادداشت کنند.

اطلاعیه مهم اداره بهداشت و درمان:

- در صورتی که ارائه دهنده خدمت موفق به اجرای شرایط این فرم و WAC 182-502-0160 نشود یا موفق به برآوردن شرایط اداره بهداشت و درمان را در مورد نحوه پرداخت چنانکه در آیین نامه اداری واشنگتن و دستورالعمل های ارائه صورت حساب توضیح داده شده نشود این قرارداد باطل می شود. در این صورت ارائه دهنده خدمت باید تمامی وجه پرداختی مراجع را بازپس دهد.
- برای مشاهده لیستی از خدماتی که مراجع کننده در ازاء دریافت آنها بدون نیاز به قرارداد هزینه ای پرداخت نمی کند به WAC 182-502-0160(9) مراجعه کنید.
- قرارداد اصلی را به مدت 6 سال از زمان امضاء این قرارداد در سوانق پزشکی بیمار نگهداری کنید. یک کپی از این قرارداد تکمیل و امضاء شده به مراجع بدهید.
- ارائه دهندگان خدمت مسئول اطمینان از ارائه ترجمه یا تفسیر این فرم و محتوای آن به مراجع کنندگان دارای تسلط محدود به زبان انگلیسی می باشند. فرم های ترجمه شده در سایت مقابل در دسترس هستند.

[HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications)

معافیت از قانون مورد nfj / تاریخ (های) تقاضا/ رد شده یا صرفنظر شده و یا مجوز قبلی مورد تقاضا / رد شده، در صورت لزوم (pa)		جایگزین های درمان مورد پوشش که ارائه شده اما مراجع انتخاب نکرده است	دلیل موافقت مراجع با پرداخت صورت حساب (موردی را که مربوط به هر خدمت است را بررسی کنید)	مبلغ قابل پرداخت توسط مراجع	کد CPT/CDT/hc (کد ارائه pc صورت حساب)	خدمتی (خدماتی) خاص یا موردی (موردی) که باید ارائه شود و تاریخ مورد انتظار ارائه آن
رد معافیت از قانون (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	تقاضا یا صرفنظر از معافیت از قانون		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر شده <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
رد PA (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	درخواست PA		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
رد معافیت از قانون (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	تقاضا یا صرفنظر از معافیت از قانون		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
رد PA (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	درخواست PA		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر شده <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
رد معافیت از قانون (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	تقاضا یا صرفنظر از معافیت از قانون		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر شده <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
رد PA (ضمیمه اطلاعیه اداره بهداشت و درمان)	درخواست PA		<input type="checkbox"/> خدمت خارج از پوشش، معافیت از قانون رد شده <input type="checkbox"/> خدمت غیر تحت پوشش، از از معافیت از قانون صرفنظر شده <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما رد شده به علت اینکه از نظر پزشکی نیازی به آن نیست <input type="checkbox"/> تحت پوشش اما نوع خاصی که برای آن هزینه ای پرداخت نمی شود <input type="checkbox"/> دستور، تجویز یا ارجاع توسط فرد متخصص مجاز در زمینه بهداشت و درمان که طرف قرارداد نیست.			
<ul style="list-style-type: none"> • من متوجه هستم که اداره بهداشت و درمان یا سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان از پرداخت هزینه خدمت (خدمات) خاص مورد درخواست به یکی از دلایل پیش رو، چنانکه در جدول بالا نیز اشاره شده است خودداری خواهد کرد: (1) اداره بهداشت و درمان خدمت (خدمات) مورد نظر را پوشش نمی دهد؛ (2) از ارائه خدمت (خدمات) به من به علت اینکه از نظر پزشکی برای من لازم نیست خودداری می شود، یا (3) خدمت (خدمات) تحت پوشش قرار دارند اما نوع خدمتی که من تقاضای آن را دارم تحت پوشش نمی باشد. • من متوجه هستم که می توانم موارد پیش رو را انجام دهم، اما ممکن است تصمیم بر عدم انجام آنها بگیرم: (1) درخواست معافیت از قانون پس از اینکه اداره بهداشت و درمان یا یک سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان تقاضای من را برای دریافت خدمت خارج از پوشش رد می کند؛ یا (2) تقاضا برای دادرسی به منظور تجدید نظر در مورد رد تقاضای دریافت خدمت من توسط اداره بهداشت و درمان یا یک سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان است. • من از طریق این ارائه دهنده خدمت از تمامی درمان های پزشکی مناسب در دسترس شامل خدماتی که ممکن است هزینه آنها توسط اداره بهداشت و درمان یا یک سازمان مراقبت مدیریت شده طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان است پرداخت شود کاملاً آگاه شده ام، و با این حال انتخاب من دریافت خدمت (خدمات) مشخص شده در بالا است. • من متوجه هستم که اداره بهداشت و درمان چنانکه در فصل WAC 182-502 توضیح آن آمده است خدمات مورد دستور، تجویز ارائه دهنده مراقبت درمانی یا خدمات مورد درخواست به واسطه ارجاع ارائه دهنده مراقبت درمانی که طرف قرارداد اداره بهداشت و درمان نیست پوشش نمی دهد. • من با پرداخت مستقیم هزینه خدمت (خدمات) مندرج در فهرست بالا به ارائه دهنده خدمت موافق هستم. • من متوجه هستم که هدف این فرم ایجاد امکان پرداخت هزینه و دریافت خدمتی (خدماتی) است که اداره بهداشت و درمان یا سازمان مراقبت مدیریت شده ای طرف قرار داد با اداره بهداشت و درمان است پولی برای آن پرداخت نمی کنند. این ارائه دهنده خدمت به گونه ای که رضایت من حاصل شود به تمامی سوالات من پاسخ داده و رونوشت تکمیل شده ای از این فرم به من داده است. • من متوجه هستم که می توانم به منظور دریافت اطلاعات مضاعفی در مورد حقوق خود یا خدمات مورد پوشش اداره بهداشت و درمان تحت فی فور سرویس یا مراقبت مدیریت شده با اداره بهداشت و درمان در 1-800-562-3022 تماس بگیرم. 						
تاریخ		امضای مراجع یا نماینده قانونی مراجع		من تائید می کنم: متوجه محتوای این فرم هستم و با آن موافق می باشم، و موافقت من شامل موارد نقطه دار بالا نیز می باشد.		
تاریخ		امضای ارائه دهنده خدمت (خدمات)		من تائید می کنم: که مطابق تمامی مسئولیت ها و الزامات متوجه خود چنانکه در WAC 182-502-0160 مشخص شده عمل نموده ام.		
تاریخ		من تائید می کنم: که این فرم را با بیشترین دقت برای مراجع امضاء کننده بالا تفسیر کرده ام.		من تائید می کنم: که این فرم را با بیشترین دقت برای مراجع امضاء کننده بالا تفسیر کرده ام.		