

의료 서비스 비용 지불 계약서  
Agreement to Pay for Healthcare Services  
WAC 388-502-0160("수혜자에게 청구서 발부")

본 문서는 아래에 정의된 바와 같이 "수혜자"와 "의료 서비스 제공처"간의 계약서입니다. 수혜자는 보건국(Health Care Authority, HCA)에서 부담하지 않는 의료 서비스에 대해 해당 비용을 의료서비스 제공처에 지불한다는 데에 동의합니다. 양 당사자는 본 계약서에 서명해야 합니다. 본 계약서에 해당되는 "서비스"에는 의료적 처치, 장비, 공급품 및 약물이 포함되나, 이것으로 국한하지 않습니다.

**수혜자(Client)** - HCA 또는 HCA 와 계약을 한 보험회사(MCO, Managed Care Organization)를 통한 저소득층 의료 보장 제도(Medicaid) 또는 기타 의료 혜택의 수혜자  
**의료 서비스 제공처(Provider)** - HCA 수혜자에게 의료서비스를 제공하며 HCA 와 계약서에 서명했거나 MCO 로부터 인가를 받은 기관, 대행사, 회사 또는 개인  
본 계약 및 WAC 388-502-0160 은 WAC 388-501-0050 부터 WAC 388-501-0070 에 기술된 대로 보장이 되는 서비스 및 보장이 되지 않는 의료서비스에 대해 수혜자에게 청구서 발부 시 적용됩니다. 의료서비스 제공처가 승인 획득에 필요한 제반 요구조건을 충족시킬때까지는 HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 가 지불했을 수 있는 서비스에 대해, 의료서비스 제공처는 어떤 HCA 수혜자(HCA 와 계약한 MCO 에 등록된 수혜자 포함)에게도 의료비 청구서를 발부하지 않을 것입니다.

수혜자의 이름(활자체)	수혜자 ID 번호
의료 서비스 제공처의 이름(활자체)	의료서비스 제공처 번호

**지시사항:**

- 이 양식은 본 계약에 따라 요구되는 해당 서비스가 HCA 수혜자에게 제공되기 전에, 의료서비스 제공처와 수혜자 양 당사자에 의해 빠짐없이 작성되어야 합니다.
- 의료서비스가 제공되기 전 90 일(역일 기준) 이내에 작성되어야 합니다. 의료서비스가 90 일(역일 기준) 이내에 제공되지 않으면, 새로운 양식을 작성해야 하며 의료서비스 제공처 및 수혜자 모두 서명해야 합니다.
- 의료서비스 제공처와 수혜자는 요청된 서비스의 승인 획득에 필요한 모든 적용 가능한 절차 즉, HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 의 절차를 철저히 확인한 후에 본 양식을 작성해야 합니다. 이러한 것들에는 WAC 388-501-0160 에 기술된 바와 같이 보장되지 않는 서비스에 대한 예외 규정(ETR) 절차 또는 행정 심의회 절차가 포함될 수 있는데, 이는 수혜자가 이러한 절차를 따르기로 결정한 경우에 해당됩니다.
- 영어 사용이 어려운(LEP) 수혜자의 경우에도 해당 수혜자의 주요 언어로 이해할 수 있어야 합니다. 여기에는 번역된 양식 또는 해당 양식의 통역이 포함될 수 있습니다. 수혜자를 위해 본 양식을 통역하는 경우, 통역자 또한 본 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다. 번역된 양식에는 수혜자 및 의료서비스 제공처 모두 서명해야 합니다.

본 양식의 뒷면에 있는 표를 빠짐없이 작성해야 합니다. 필요한 경우, 추가 서비스에 대해 1 매를 더 첨부할 수 있습니다. 추가된 페이지마다 수혜자, 의료서비스 제공처 및 통역자(이용한 경우)가 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

**HCA 로부터의 중요 고지:**

- 의료서비스 제공처가 본 양식의 요구사항 및 WAC 182-502-0160 을 준수하지 못하거나, 적용 가능한 워싱턴 주 행정 규정(WAC) 및 청구서 발부 지시사항(Billing Instructions)에 기술된 대로 HCA 의 지불 조건을 충족하지 못하는 경우, 본 계약은 무효이며 집행할 수 없습니다. 의료서비스 제공처는 수혜자에 의해 지불되는 전체 금액에 대해 수혜자에게 배상해야 합니다.
- 서면 계약에 상관 없이 수혜자에게 청구될 수 없는 서비스 목록에 대해서는 WAC 388-502-0160(9)을 참조합니다.
- 본 계약서에 서명된 날짜로부터 6 년간 수혜자의 의료기록부에 원래의 계약 내용을 보관합니다. 작성해 서명한 계약서 한 부를 수혜자에게 제공해야 합니다.
- 의료서비스 제공처는 본 양식 및 양식의 내용에 대한 번역 또는 통역을 LEP 수혜자에게 반드시 제공하도록 할 책임이 있습니다. 번역된 양식은 [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications)에 나와 있습니다.

제공될 특정 서비스 또는 항목 및 예상 서비스 일자	CPT/CDT/HCCPC 코드 (청구 코드)	수혜자가 지불할 금액	수혜자가 비용 청구 수령에 동의하는 사유 (각 서비스에 대해 적용되는 항목 체크)	수혜자가 선택한 것은 아니지만 보험에서 보장되는 대체 치료 요법 제안	ETR/NFJ 요청/거부 또는 포기 일자 또는 요청/거부된 이진 승인(PA) 일자(적용될 경우)	
			<input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 포기 <input type="checkbox"/> 비처방집 약품, NFJ 포기 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 의학적으로 필요하지 않은 것으로 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 지불되지 않는 특별 유형의 진료 <input type="checkbox"/> 비등록 유면허 건강관리의료진이 주문, 처방 또는 의뢰		ETR 요청 또는 포기	ETR 거부(HCA 주의사항 첨부)
			<input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 포기 <input type="checkbox"/> 비처방집 약품, NFJ 포기 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 의학적으로 필요하지 않은 것으로 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 지불되지 않는 특별 유형의 진료 <input type="checkbox"/> 비등록 유면허 건강관리의료진이 주문, 처방 또는 의뢰		PA 요청	PA 거부(HCA 주의사항 첨부)
			<input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 포기 <input type="checkbox"/> 비처방집 약품, NFJ 포기 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 의학적으로 필요하지 않은 것으로 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 지불되지 않는 특별 유형의 진료 <input type="checkbox"/> 비등록 유면허 건강관리의료진이 주문, 처방 또는 의뢰		ETR 요청 또는 포기	ETR 거부(HCA 주의사항 첨부)
			<input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되지 않는 서비스, ETR 포기 <input type="checkbox"/> 비처방집 약품, NFJ 포기 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 의학적으로 필요하지 않은 것으로 거부 <input type="checkbox"/> 보험에서 보장되나 지불되지 않는 특별 유형의 진료 <input type="checkbox"/> 비등록 유면허 건강관리의료진이 주문, 처방 또는 의뢰		PA 요청	PA 거부(HCA 주의사항 첨부)
<ul style="list-style-type: none"> <li>HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 는 위의 표에 표시된 대로 1) HCA 에서 해당 서비스를 보장하지 않음, 2) 해당 서비스는 본인에게 의학적으로 불필요하므로 거부했음, 또는 3) 서비스는 보장되나, 본인이 요청한 유형은 보장되지 않는 사유 중 하나로 요청된 특정 서비스에 대해서는 지불하지 않는다는 점을 알고 있습니다.</li> <li>본인은, 1) 보험이 보장되지 않는 서비스에 대한 요청을 HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 가 거부한 후 예외 규정(Exception to Rule)을 요청, 또는 2) 요청한 서비스를 HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 가 거부한 데 대해 항의하기 위한 심리 요청을 행할 수 있으나, 하지 않기로 결정할 수도 있다는 점을 알고 있습니다.</li> <li>본인은, HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 에서 지불할 수 있는 서비스들을 포함하여, 모든 이용 가능하며 의학적으로 적절한 치료에 대해 이 의료서비스 제공처로부터 충분한 정보를 통보 받았으며, 그럼에도 불구하고 위에 명시된 특정 서비스들을 받기로 결정합니다.</li> <li>본인은, WAC 182-502 장에 설명된 대로 HCA 와 계약하지 않은 의료서비스 제공처가 명한, 처방한 또는 의뢰 결과에 따른 서비스 비용을 HCA 에서 지불하지 않을 것임을 이해합니다.</li> <li><b>본인은 위에 나열된 특정 서비스들에 대해서는 의료 서비스 제공처에 본인이 직접 지불해야 한다는 점에 동의합니다.</b></li> <li>HCA 또는 HCA 와 계약한 MCO 가 지불하지 않는 서비스를 받고 본인이 그 비용을 지불하는 것이 본 양식의 목적임을 알고 있습니다. 의료서비스 제공처는 본인의 모든 질문에 대해 만족할 만한 답변을 제공했으며, 본 양식에 대한 전체 사본을 본인에게 제공했습니다.</li> <li>본인은의료쿠폰사용서비스(fee-for-service)나 관리 의료(managed care) 아래 HCA 에 의해 보장되는 본인의 권리 또는서비스에 대해 추가 정보를 받기를 원하는 경우 1-800-562-3022 로 HCA 에 전화할 수 있다는 점을 알고 있습니다.</li> </ul>						
다음 내용에 대해 동의합니다. 상기 중요 항목들을 포함하여 본 양식의 내용을 이해하며 그에 동의합니다.			수혜자 또는 수혜자의 법적 대리인 서명		날짜	
다음 내용에 대해 동의합니다. WAC 388-502-0160 에 명시된 대로 모든 책임 및 요건들을 준수합니다.			의료서비스 제공처 서명		날짜	
다음 내용에 대해 동의합니다. 본인은 상기 서명한 수혜자를 위해 본인이 할 수 있는 한 최선을 다해 본 양식을 정확하게 통역했습니다.			통역자 이름(활자체) 및 서명		날짜	