

ການຕົກລົງສັນຍາທີ່ຈະຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການປົນປົວສຸຂະພາບ
Agreement to Pay for Healthcare Services
WAC 182-502-0160 (“ການສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນນໍາລູກຄ້າ”)

ອັນນີ້ແມ່ນການຕົກລົງສັນຍາຮະຫວ່າງ “ລູກຄ້າ” ແລະ “ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ,” ຕາມທີ່ຖືກຕີຄວາມໝາຍຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ລູກຄ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການສໍາລັບການບໍລິການປົນປົວສຸຂະພາບຊຶ່ງເຈົ້າໜ້າທີ່ການປົນປົວສຸຂະພາບ (HCA) ຈະບໍ່ຈ່າຍໃຫ້. ທັງສອງຝ່າຍຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຕົກລົງສັນຍາໃບນີ້. ສໍາລັບບຸກຄົນສ່ວນຕົວຂອງໃບຕົກລົງສັນຍາໃບນີ້, “ການບໍລິການ” ລວມເອົາແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງການປົນປົວສຸຂະພາບ, ອຸປະກອນ, ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍ, ແລະຢາ.

ລູກຄ້າ - ຜູ້ຮັບຂອງເມັດເຄດຫລືການຊ່ວຍເຫລືອປົນປົວສຸຂະພາບອື່ນໆໂດຍຜ່ານ HCA ຫລືອົງການປົນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມກຳກັບນໍາ (MCO) ທີ່ເຮັດສັນຍານຳກົມ HCA.

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ - ແມ່ນສະຖາບັນ, ອົງການ, ກິຈການຄ້າ, ຫລື ບຸກຄົນທີ່ເອົາການບໍລິການປົນປົວສຸຂະພາບໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າຂອງ HCA ແລະ ໄດ້ເຊັນໃບສັນຍາຕົກລົງນຳກົມ HCA ຫລື ການອະນຸຍາດຈາກ MCO.

ການຕົກລົງສັນຍາອັນນີ້ແລະກົດໝາຍ WAC 388-502-0160 ໃຊ້ໃສ່ການສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນນໍາລູກຄ້າສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນແລະບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 388-501-0050 ໄປຮອດ WAC 388-501-0070. ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຈະບໍ່ສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນນໍາລູກຄ້າຂອງກົມ HCA ຄົນໃດຄົນນຶ່ງ (ລວມທັງຜູ້ທີ່ໄດ້ຈັດຊື່ນຳ MCO ທີ່ໄດ້ເຊັນໃບສັນຍາຕົກລົງນຳ HCA) ສໍາລັບການບໍລິການຊຶ່ງ HCA ຫລື MCO ທີ່ໄດ້ເຊັນໃບສັນຍາຕົກລົງນຳ HCA ອາດຈະໄດ້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ແລ້ວຈົນກວ່າຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການໄດ້ເຮັດກິດກຳນົດທຸກໆຢ່າງແລ້ວຫມົດແລ້ວສໍາລັບການອໍເອົາການອະນຸຍາດ.

ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ເລກ ID ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ	ເລກຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ

ຄຳຂຶ້ນນຳ:

- ທັງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການແລະລູກຄ້າຕ້ອງຂຽນປະກອບຫມົດທຸກຢ່າງໂດຍ **ກ່ອນ** ທີ່ຜູ້ຮັບຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຕ່າງໆຊຶ່ງໃບສັນຍາຕົກລົງໃບນີ້ກຳນົດໃຫ້ມີ.
- ທ່ານຕ້ອງຂຽນປະກອບບໍ່ຫລາຍເກີນກວ່າ **90** ວັນຕາມປະຕິທິນກ່ອນທີ່ການບໍລິການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້. ຖ້າຫາກວ່າການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ພາຍໃນ **90** ວັນຕາມປະຕິທິນ, ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການແລະລູກຄ້າຟອມໃບໃຫມ່ຕ້ອງຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບໃຫມ່.
- ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການແລະລູກຄ້າຕ້ອງຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້ແຕ່ **ຫລັງຈາກ** ທີ່ເອົາເຈົ້າໄດ້ຫມົດຫົນທາງດຳເນີນການຂອງ MCO ຂອງ HCA ຫລືກົມ HCA ໄດ້ເຊັນສັນຍາທຸກໆຢ່າງຊຶ່ງແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອຈະເອົາການອະນຸຍາດສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຖືກຮ້ອງອໍເອົາ. ສິ່ງເຫລົ່ານີ້ອາດຈະລວມເອົາການດຳເນີນການຍົກເວັ້ນຕໍ່ກົດຮະບຽບ (ETR) ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 388-501-0160 ຫລືການດຳເນີນການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ, ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮັບເລືອກເອົາທີ່ຈະຕິດຕາມການດຳເນີນການເຫລົ່ານີ້.
- ລູກຄ້າຜູ້ທີ່ຮູ້ຈັກພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ (LEP) ຕ້ອງສາມາດທີ່ຈະເຂົ້າໃຈຟອມໃບນີ້ໃນພາສາຕົນຕໍ່ຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ. ອັນນີ້ອາດຈະລວມເອົາໃບຟອມທີ່ຖືກແປພາສາແລ້ວຫລືການແປພາສາຂອງໃບຟອມ. ຖ້າຫາກໃບຟອມຖືກແປພາສາສໍາລັບລູກຄ້າ, ນາຍພາສາຍັງຕ້ອງໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ແລະໃສ່ວັນທີໃບຟອມອີກຄັ້ງ. ລູກຄ້າແລະຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມທີ່ຖືກແປພາສາແລ້ວ.

ຂຽນປະກອບຢ່າງຄົບຖ້ວນຕາຕະລາງຢູ່ດ້ານຫລັງຂອງຟອມໃບນີ້. ຖ້າຕ້ອງການ, ຈົ່ງຄັດເຈົ້າຮູ້ອີກໃບນຶ່ງມາສໍາລັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມ. ລູກຄ້າ, ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ, ແລະນາຍພາສາ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ) ຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່ແລະໃສ່ວັນທີໃນໜ້າເຈົ້າຮູ້ເພີ່ມເຕີມແຕ່ລະໃບ.

ຫມາຍເຫດສໍາຄັນຈາກ HCA:

- ສັນຍາໃບນີ້ຈະຖືກລົບລ້າງຫລືບັງຄັບໃຊ້ບໍ່ໄດ້ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຜິດພາດທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມກົດກຳນົດຂອງຟອມໃບນີ້ແລະກົດໝາຍ WAC 388-502-0160 ຫລືບໍ່ພຽບພ້ອມນຳເງື່ອນໄຂຂອງການຈ່າຍເງິນຂອງ HCA ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍປົກຄອງຮັດວໍຊິງຕັນ (WAC) ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລະຄຳຂຶ້ນນຳຂອງການສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນ. ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຕ້ອງສົ່ງເງິນລູກຄ້າຄືນເປັນຈຳນວນເຕັມທີ່ຖືກຈ່າຍແລ້ວໂດຍລູກຄ້າ.
- ເບິ່ງກົດໝາຍ WAC 388-502-0160(9) ສໍາລັບລາຍຊື່ຂອງການບໍລິການທີ່ບໍ່ສາມາດຖືກສົ່ງໄປເກັບເງິນນໍາລູກຄ້າ, ບໍ່ກ່ຽວກັບໃບຫນັງສືຕົກລົງສັນຍາ.
- ເກັບຮັກສາໃບຕົກລົງສັນຍາສະບັບດັ້ງເດີມໃສ່ໃນບັນທຶກພະຍາບານຂອງລູກຄ້າໄວ້ເປັນເວລາ **6** ປີຈາກວັນທີ່ໃບຕົກລົງສັນຍາໃບນີ້ໄດ້ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວ. ເອົາໃບໂກປືຂອງໃບຕົກລົງສັນຍາທີ່ຖືກຂຽນປະກອບ, ເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວໃບນີ້ໃຫ້ລູກຄ້າ.
- ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຕ້ອງຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການຮັບປະກັນວ່າການແປຫນັງສືຫລືການແປພາສາຂອງຟອມໃບນີ້ແລະສິ່ງຢູ່ໃນນີ້ໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ລູກຄ້າ LEP. ໃບຟອມທີ່ຖືກແປພາສາແລ້ວມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ທີ່ [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications).

ການບໍລິການຫລືສິ່ງເຈາະຈົງທີ່ຈະຖືກເອົາໃຫ້ແລະວັນທີຂອງການບໍລິການທີ່ຖືກຄາດຫມາຍໄວ້	ສະຫັດ CPT/CDT/HCPC (ສະຫັດການເກັບເງິນ)	ຈຳນວນເງິນທີ່ຖືກຈ່າຍໂດຍລູກຄ້າ	ເຫດຜົນວ່າເປັນຫຍັງລູກຄ້າຈຶ່ງເຫັນພ້ອມນຳທີ່ຈະຖືກເກັບເອົາເງິນນຳ (ຫມາຍໃສ່ອັນທີ່ກ່ຽວກັບການບໍລິການແຕ່ລະອັນ)	ທາງເລືອກທາງອື່ນຂອງການປົວປິວທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນຊຶ່ງຖືກສະເໜີໃຫ້ແຕ່ບໍ່ຖືກເລືອກເອົາໂດຍລູກຄ້າ	ວັນທີທີ່ ETR/NFJ ໄດ້ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາປະຕິເສດຫລືຍົກເວັ້ນ, ຫລືການອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າ (PA) ໄດ້ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາປະຕິເສດ, ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ	
			<input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກຍົກເວັ້ນ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນແຕ່ຖືກປະຕິເສດຍ້ອນບໍ່ຈຳເປັນທາງແພດ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນ, ແຕ່ຊະນິດໂດຍສະເພາະບໍ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ <input type="checkbox"/> ໃບຊໍ້ຢາ, ຖືກສັ່ງອອກ, ຫລື ຖືກສົ່ງຕໍ່ໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານການປົວປິວສຸຂະພາບທີ່ມີຖືກອະນຸຍາດທີ່ບໍ່ໄດ້ຈົດຊື່		ETR ຖືກຮ້ອງຂໍ ຫລືຖືກຍົກເວັ້ນ	ການປະຕິເສດ ETR (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
					ຄຳຮ້ອງຂໍ PA	ການປະຕິເສດ PA (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
			<input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກຍົກເວັ້ນ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນແຕ່ຖືກປະຕິເສດຍ້ອນບໍ່ຈຳເປັນທາງແພດ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນ, ແຕ່ຊະນິດໂດຍສະເພາະບໍ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ <input type="checkbox"/> ໃບຊໍ້ຢາ, ຖືກສັ່ງອອກ, ຫລື ຖືກສົ່ງຕໍ່ໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານການປົວປິວສຸຂະພາບທີ່ມີຖືກອະນຸຍາດທີ່ບໍ່ໄດ້ຈົດຊື່		ETR ຖືກຮ້ອງຂໍ ຫລືຖືກຍົກເວັ້ນ	ການປະຕິເສດ ETR (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
					ຄຳຮ້ອງຂໍ PA	ການປະຕິເສດ PA (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
			<input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ, ETR ຖືກຍົກເວັ້ນ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນແຕ່ຖືກປະຕິເສດຍ້ອນບໍ່ຈຳເປັນທາງແພດ <input type="checkbox"/> ຖືກຄຸ້ມກັນ, ແຕ່ຊະນິດໂດຍສະເພາະບໍ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ <input type="checkbox"/> ໃບຊໍ້ຢາ, ຖືກສັ່ງອອກ, ຫລື ຖືກສົ່ງຕໍ່ໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານການປົວປິວສຸຂະພາບທີ່ມີຖືກອະນຸຍາດທີ່ບໍ່ໄດ້ຈົດຊື່		ETR ຖືກຮ້ອງຂໍ ຫລືຖືກຍົກເວັ້ນ	ການປະຕິເສດ ETR (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
					ຄຳຮ້ອງຂໍ PA	ການປະຕິເສດ PA (ຄັດໃບແຈ້ງ HCA ມານຳ)
<ul style="list-style-type: none"> • ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ HCA ຫລື MCO ທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍານຳ HCA ຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບການບໍລິການອັນເຈາະຈົງທີ່ກຳລັງຖືກຮ້ອງຂໍເອົາສຳລັບເຫດຜົນຕໍ່ລົງໄປນີ້ອັນນຶ່ງ, ຕາມທີ່ຖືກຊັບອກຢູ່ໃນຕາຕະລາງຂ້າງເທິງນີ້: 1) HCA ບໍ່ຄຸ້ມກັນການບໍລິການ; 2) ການບໍລິການໄດ້ຖືກປະຕິເສດຍ້ອນວ່າບໍ່ຈຳເປັນທາງແພດສຳລັບຂ້ອຍ, ຫລື 3) ການບໍລິການຖືກຄຸ້ມກັນແຕ່ຊະນິດທີ່ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍເອົາບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ. • ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍສາມາດ, ແຕ່ວ່າຈະເລືອກເອົາທີ່ຈະບໍ່: 1) ຮ້ອງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນຕໍ່ກົດຮະບຽບ(ETR) ຫລັງຈາກການປະຕິເສດໃນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນຂອງ MCO ຂອງ HCA ຫລືທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍານຳ HCA; ຫລື 2) ຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງເພື່ອຈະອຸທອນການປະຕິເສດໃນການບໍລິການທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາຂອງ MCO ຂອງ HCA ຫລືທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍານຳ HCA. • ຂ້ອຍໄດ້ຖືກແຈ້ງບອກຫມົດທຸກຢ່າງໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຄົນນີ້ກ່ຽວກັບການປົວປິວເຫມາະສົມທາງແພດທີ່ມີຢູ່ທຸກຢ່າງ, ລວມທັງການບໍລິການຊຶ່ງອາດຈະຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ MCO ຂອງ HCA ຫລືທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍານຳ HCA, ແລະຂ້ອຍຍັງເລືອກເອົາທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການອັນເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. • ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ HCA ຈະບໍ່ຄຸ້ມກັນການບໍລິການທີ່ຖືກສັ່ງໂດຍ, ສັ່ງໃຫ້ຊໍ້ຢາໂດຍ, ຫລືເປັນຜົນອອກມາຈາກການສົ່ງຕໍ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ການປົວປິວສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ມີສັນຍານຳ HCA ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນມາຕຣາ 182-502 WAC. • ຂ້ອຍຖືກສົ່ງຍິນຍອມທີ່ຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການໂດຍກົງໂລກສຳລັບການບໍລິການອັນເຈາະຈົງທີ່ຖືກຍົກຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. • ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຈຸດປະສົງຂອງໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະປ່ອຍໃຫ້ຂ້ອຍຈ່າຍສຳລັບແລະຮັບເອົາການບໍລິການຊຶ່ງ MCO ຂອງ HCA ຫລືທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍານຳ HCA ຈະບໍ່ຈ່າຍໃຫ້. ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຄົນນີ້ຕອບຄຳຖາມຂອງຂ້ອຍທຸກຢ່າງຈົນເປັນທີ່ພໍໃຈຂອງຂ້ອຍແລະໄດ້ເອົາໂກປີຂອງຟອມໃບນີ້ທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃຫ້ຂ້ອຍ. • ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍສາມາດໂທຫາ HCA ໄດ້ທີ່ເລກ 1-800-562-3022 ເພື່ອຈະຮັບເອົາຮາຍຮອດຮູດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຫລືການບໍລິການຂອງຂ້ອຍທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍ HCA ພາຍໃຕ້ການບໍລິການຈ່າຍຕາມທຳນຽມຫລືການປົວປິວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳ. 						
ຂ້ອຍຂໍຢືນຢັນວ່າ: ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈແລະເຫັນພ້ອມນຳຂໍ້ຄວາມຂອງຟອມໃບນີ້, ລວມທັງຈຸດຈຳເໜັດຢູ່ຂ້າງເທິງ.	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ວັນທີ				
ຂ້ອຍຂໍຢືນຢັນວ່າ: ຂ້ອຍໄດ້ປະຕິບັດຕາມຄວາມຮັບຜິດຊອບແລະກິດກຳນົດທຸກຢ່າງຕາມທີ່ຖືກກ່າວເຈາະຈົງຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 388-502-0160.	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ	ວັນທີ				
ຂ້ອຍຂໍຢືນຢັນວ່າ: ຂ້ອຍໄດ້ແປພາສາຟອມໃບນີ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງອີງຕາມຄວາມສາມາດຂອງຂ້ອຍສຳລັບລູກຄ້າຜູ້ທີ່ເຊັນຊຶ່ງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມແລະລາຍເຊັນຂອງນາຍພາສາ	ວັນທີ				