

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਬਾਰੇ ਸਮਝੌਤਾ

Agreement to Pay for Healthcare Services

WAC 182-502-0160 ("ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਬਿਲਿੰਗ ਕਰਨਾ")

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਇਹ "ਕਲਾਇੰਟ" ਅਤੇ "ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ" ਵਿਚਕਾਰ ਸਮਝੌਤਾ ਹੈ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ। ਦੋਹਾਂ ਧਿਰਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, "ਸੇਵਾਵਾਂ" ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਇਲਾਜ, ਉਪਕਰਣ, ਸਪਲਾਈਆਂ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਕਲਾਇੰਟ - HCA ਜਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਹੇਠਲੀ ਸੰਭਾਲ ਸੰਸਥਾ (MCO), ਜਿਸਦਾ ਕਿ HCA ਨਾਲ ਇਕਰਾਰ ਹੈ, ਰਾਹੀਂ Medicaid ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਭ ਲੈਣ ਵਾਲਾ।

ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ - ਇੱਕ ਸੰਸਥਾ, ਏਜੰਸੀ, ਕਾਰੋਬਾਰ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ HCA ਦੇ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਨੇ HCA ਨਾਲ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ MCO ਤੋਂ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ।

WAC 182-501-0050 ਤੋਂ WAC 182-501-0070 ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ, ਇਹ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ WAC 182-502-0160 ਘੇਰੇ ਹੇਠਲੀਆਂ ਅਤੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਬਿਲਿੰਗ ਵਾਸਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ HCA ਕਲਾਇੰਟ (ਇਹਨਾਂ ਵਿਚ ਉਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ MCO ਨਾਲ ਦਰਜ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਕਿ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਹੈ) ਨੂੰ ਬਿਲਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਜਿਸਦਾ HCA ਜਾਂ MCO, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ HCA ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਹੈ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਂ	ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ
ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦਾ ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਂ	ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦਾ ਨੰਬਰ

ਹਿਦਾਇਤਾਂ:

- HCA ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸੇਵਾ ਲੈਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੋਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਪੂਰਾ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਕਿ ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿਚ ਲੋੜ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ 90 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੱਕ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ 90 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਸਾਰੀਆਂ ਲਾਗੂ HCA ਜਾਂ HCA-ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ MCO ਅਮਲ ਪੂਰੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਲਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਅਖਤਿਆਰ ਲੈਣ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਇਹਨਾਂ ਅਮਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰੇ ਚਾੜ੍ਹਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿਚ WAC 182-501-0160 ਜਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਅਮਲ ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਨੇਮ ਵਿਚ ਛੋਟ (ETR) ਦਾ ਅਮਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਘੱਟ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਜਾਣਨ ਵਾਲੇ (LEP) ਕਲਾਇੰਟ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਆਪਣੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਵਿਚ ਸਮਝਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿਚ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਕੇ ਦੱਸੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਲਾਇੰਟ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੋਹਾਂ ਨੂੰ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਟੈਬਲ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਲੋੜ ਪਏ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੋਰ ਕਾਗਜ਼ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਕਲਾਇੰਟ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਤੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ) ਨੂੰ ਹਰ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

HCA ਤੋਂ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਅਹਿਮ ਗੱਲਾਂ:

- ਜੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਤੇ WAC 182-502-0160 ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਿਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਲਾਗੂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਕੋਡ (WAC) ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀਆਂ HCA ਸ਼ਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਇਹ ਸਮਝੌਤਾ ਰੱਦ ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਰਕਮ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
- ਲਿਖਤੀ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿਚ ਰੱਖੇ ਬਿਨਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ WAC 182-502-0160(9) ਵੇਖੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਬਿਲਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।
- ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਮੂਲ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ 6 ਸਾਲ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚ ਰੱਖੋ। ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਸ ਭਰੇ ਹੋਏ, ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਸਮਝੌਤੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦਿਓ।
- ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਮਜ਼ਮੂਨ LEP ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ। ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਫ਼ਾਰਮ [HCA forms and publications](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications) (<https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications>) 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਜਾਂ ਆਈਟਮ(ਆਈਟਮਾਂ) ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈਆਂ ਜਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਤਾਰੀਖ	CPT/CDT/hcpc ਕੋਡ (ਬਿਲਿੰਗ ਕੋਡ)	ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ	ਕਾਰਣ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਕਿਉਂ ਹੋਇਆ ਹੈ (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜੇ ਹਰ ਸੇਵਾ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੈ)	ਘੇਰੇ ਹੇਠਲੇ ਬਦਲਵੇਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਪਰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਨਹੀਂ ਚੁਣੀ ਗਈ	ਮੰਗੀ ਗਈ/ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ etr/nfj ਤਾਰੀਖ (ਤਾਰੀਖਾਂ) ਜਾਂ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ (pa) ਮੰਗਿਆ ਗਿਆ/ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	
			☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਵਿਚ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਡੀਕਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਬਿਨਾ ਐਨਰੇਲ ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਲੋਂ ਆਦੇਸ਼, ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਜਾਂ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ		ETR ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ (HCA ਨੋਟਿਸ ਲਾਓ)
			☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਵਿਚ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਡੀਕਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਬਿਨਾ ਐਨਰੇਲ ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਲੋਂ ਆਦੇਸ਼, ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਜਾਂ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ		ETR ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ (HCA ਨੋਟਿਸ ਲਾਓ)
			☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ, ETR ਵਿਚ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਡੀਕਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ☐ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਪਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਬਿਨਾ ਐਨਰੇਲ ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਲੋਂ ਆਦੇਸ਼, ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਜਾਂ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ		ETR ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	ETR ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ (HCA ਨੋਟਿਸ ਲਾਓ)
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ HCA ਜਾਂ MCO, ਜਿਸਦਾ HCA ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਹੈ, ਉਪਰ ਟੇਬਲ ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਾਰਣਾਂ ਵਿਚੋਂ ਇੱਕ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ: 1) HCA ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ; 2) ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਮੇਰੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਜਾਂ 3) ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਹੈ, ਪਰ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਮੰਗੀ ਗਈ ਕਿਸਮ ਨਹੀਂ ਹੈ। - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ: 1) ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਾ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਮੰਗੀ ਗਈ ਬੇਨਤੀ HCA ਜਾਂ HCA-ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੀ MCO ਵਲੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਅਪੀਲ ਵਾਸਤੇ ਕਹਿਣਾ। - ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੇ ਮੈਡੀਕਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਸਾਰੇ ਉਪਲਬਧ ਇਲਾਜ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਚ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ HCA ਜਾਂ HCA-ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੀ MCO ਵਲੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਅਜੇ ਵੀ ਉਪਰੋਕਤ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲੈਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ HCA ਆਦੇਸ਼ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ, ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ, ਜਿਸਦਾ ਚੈਪਟਰ 182-502 WAC ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ HCA ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਵਲੋਂ ਰੈਫਰਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦੀ। ਮੈਂ ਉਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਸਿੱਧਿਆ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਉਹ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲੈਣ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣਾ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ HCA ਜਾਂ HCA-ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੀ MCO ਵਲੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੇ ਮੇਰੀ ਤਸੱਲੀ ਹੋਣ ਤੱਕ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਭਰੀ ਹੋਈ ਕਾਪੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਹੱਕਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾ-ਲਈ-ਫੀਸ ਜਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਹੇਠਲੀ ਸੰਭਾਲ ਤਹਿਤ HCA ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ 1-800-562-3022 'ਤੇ HCA ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।						
ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ: ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿਚਲਾ ਮਜ਼ਮੂਨ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਉਪਰਲੇ ਬੁਲੇਟ ਪੁਆਇੰਟ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ, ਸਮਝ ਆ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।			ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ		ਤਾਰੀਖ਼	
ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ: ਮੈਂ, WAC 182-502-0160 ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਰੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕੀਤੀ ਹੈ।			ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ		ਤਾਰੀਖ਼	
ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ: ਮੈਂ ਉਪਰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬਿਹਤਰ ਸਮਰੱਥਾ ਨਾਲ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਸਟੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ।			ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ		ਤਾਰੀਖ਼	