

Соглашение об оплате услуг здравоохранения

Agreement to Pay for Healthcare Services

WAC 388-502-0160 (Раздел «Выставление счетов клиентам»)

Настоящий документ является соглашением между «Клиентом» (“client”) и «Поставщиком услуг» (“provider”). Определения этих терминов приведены ниже. Клиент соглашается оплачивать поставщику услуг стоимость тех услуг здравоохранения, которые не будут оплачиваться Управлением здравоохранения (Health Care Authority, HCA). Обе стороны должны подписать настоящее Соглашение. Для целей настоящего Соглашения понятие «услуги» включает, в частности, услуги лечения, стоимость оборудования и принадлежностей, а также стоимость лекарств.

Клиент – это получатель льгот Medicaid или иных медицинских льгот, предоставляемых через HCA либо через организацию по координации регулируемых медицинских услуг (managed care organization, MCO), работающую по контракту с HCA.

Поставщик услуг – это учреждение, ведомство, предприятие бизнеса или лицо, предоставляющее услуги здравоохранения клиентам HCA и имеющее подписанное соглашение с HCA либо официальное разрешение со стороны MCO.

Настоящее Соглашение и положения раздела WAC 182-502-0160 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) относятся к вопросам выставления счетов клиентам как за услуги, покрываемые в рамках программы льгот, так и за услуги, не покрываемой программой льгот, как это предусмотрено разделами WAC 182-501-0050 – 182-501-0070. Поставщики услуг не имеют права выставять счета никаким клиентам HCA (включая клиентов, зачисленных в MCO, которая работает по контракту с HCA) за услуги, которые могли быть оплачены HCA или MCO, которая работает по контракту с HCA, до тех пор, пока поставщик услуг не выполнит всех требований по получению разрешения.

Имя и фамилия клиента (печатными буквами)	Идентификационный номер клиента
Наименование либо имя и фамилия поставщика услуг (печатными буквами)	Номер поставщика услуг

Настоящий документ:

- Должен быть полностью заполнен как поставщиком услуг, так и клиентом **прежде чем** клиенту HCA будут предоставлены любые услуги, для получения которых требуется настоящее Соглашение.
- Должен быть заполнен не ранее 90 календарных дней до даты предоставления услуг. Если услуги не будут предоставлены в течение 90 календарных дней, то поставщику услуг и клиенту потребуются заполнить и подписать новый документ.
- Должен заполняться только **после того**, как поставщик услуг и клиенты исчерпали все другие предусмотренные HCA либо работающей по контракту с HCA организацией MCO возможности для получения разрешения на запрашиваемые услуги. Таковые возможности могут включать процедуру запроса о предоставлении исключения из правила (exception to rule process, ETR), касающегося услуг, не покрываемых в рамках программы льгот, как предусмотрено разделом WAC 182-501-0160, а также процедуру административного слушания, при условии, что клиент решит прибегнуть к таким процедурам.
- Должен быть понятен клиентам с ограниченным владением английским языком (limited English proficient clients, LEP) на их основном языке. Для этого может потребоваться письменный или устный перевод документа. Если для клиента производится устный перевод документа, то устный переводчик также обязан подписать и датировать документ. Письменный перевод документа должен быть подписан как клиентом, так и поставщиком услуг.

Таблица на обороте данного документа должна быть полностью заполнена. Если требуется больше места для указания дополнительных услуг, приложите дополнительные листы. Все дополнительные листы должны быть подписаны и датированы клиентом, поставщиком услуг и устным переводчиком (если предоставляются услуги устного перевода).

Важное примечание HCA:

- Данное соглашение теряет силу и становится юридически недействительным в случае невыполнения поставщиком услуг требований настоящего документа и положений WAC 182-502-0160, а также в случае несоблюдения поставщиком услуг условий оплаты HCA, изложенных в применимых разделах Административного кодекса штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC) и Инструкциях по выставлению счетов (Billing Instructions). В этом случае поставщик услуг обязан возместить клиенту всю выплаченную последним сумму.
- См. WAC 182-502-0160(9), где приведён список услуг, за которые клиенту не может выставляться счёт, независимо от наличия или отсутствия письменного соглашения.
- Оригинал соглашения необходимо хранить в медицинской карте клиента в течение 6 лет с даты подписания настоящего соглашения. Клиенту должна быть выдана копия заполненного и подписанного соглашения.
- Поставщики услуг обязаны проследить за тем, чтобы клиентам с ограниченным владением английским языком (LEP) был предоставлен письменный или устный перевод данного документа. Переводы документов имеются на вебсайте по адресу [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications).

КОНКРЕТНАЯ (Ь) УСЛУГА (И), ПРОЦЕДУРА (Ы), ЛЕКАРСТВО (-А), ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИНАДЛЕЖНОСТИ Т.П., КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ, И ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ (И)	КОД СРТ/СДТ/НСРС (КОД УСЛУГ (И) ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЁТА)	СУММА, ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ КЛИЕНТОМ	ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ КЛИЕНТ СОГЛАСЕН (-НА) НА ВЫСТАВЛЕНИЕ ЕМУ (ЕЙ) СЧЁТА (ПОМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ ДЛЯ КАЖДОЙ УСЛУГИ)	БЫЛИ ПРЕДЛОЖЕНЫ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ, СТОИМОСТЬ КОТОРЫХ ПОКРЫВАЕТСЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ЛЬГОТ, НО ЭТИ ВАРИАНТЫ БЫЛИ ОТВЕРГНУТЫ КЛИЕНТОМ	ДАТА ЗАПРОСА / ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR/NFJ, ЛИБО ДАТА ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ЗАПРОСА ETR/NFJ, ЛИБО ДАТА ЗАПРОСА / ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О ПОЛУЧЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УТВЕРЖДЕНИЯ (PRIOR AUTHORIZATION, PA), ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот, запрос ETR отклонен <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается <input type="checkbox"/> Направление на лабораторные анализы, посещение специалистов либо рецепт на лекарства выданы медицинским работником, не участвующим в программе льгот		ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
					ДАТА ЗАПРОСА О РА	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О РА (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот, запрос ETR отклонен <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается <input type="checkbox"/> Направление на лабораторные анализы, посещение специалистов либо рецепт на лекарства выданы медицинским работником, не участвующим в программе льгот		ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
					ДАТА ЗАПРОСА О РА	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О РА (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот, запрос ETR отклонен <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается <input type="checkbox"/> Направление на лабораторные анализы, посещение специалистов либо рецепт на лекарства выданы медицинским работником, не участвующим в программе льгот		ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
					ДАТА ЗАПРОСА О РА	ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О РА (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ НСА)
<ul style="list-style-type: none"> • Я понимаю, что НСА или МСО, работающая по контракту с НСА, не будут оплачивать стоимость конкретных запрашиваемых услуг, по одной из следующих причин, указанных в вышеприведённой таблице: 1) данная услуга (услуги) не покрывается программой НСА; 2) запрос о покрытии данной услуги (услуг) отклонён ввиду того, что её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями; либо 3) данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый мной вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается. • Я понимаю, что имею право на следующее, но могу решить не воспользоваться этим правом: 1) запросить о предоставлении исключения из правила (Exception to Rule, ETR) после отклонения НСА или организацией МСО, работающей по контракту с НСА, запроса о предоставлении услуги, не покрываемой в рамках программы льгот; либо 2) запросить о проведении слушания для обжалования отклонения НСА или организацией МСО, работающей по контракту с НСА, запроса о предоставлении услуги. • Данный поставщик услуг предоставил мне полную информацию обо всех имеющихся вариантах лечения, включая услуги, которые могут быть оплачены НСА или работающей по контракту с НСА организацией МСО; тем не менее я предпочитаю получить вышеуказанные конкретные услуги. • Я понимаю, что НСА не покрывает услуги, назначенные или оказанные в результате направления, выданного врачом или медицинским учреждением, не связанным с НСА контрактом, составленным в соответствии с требованиями Главы 182-502 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC). • Я соглашаюсь оплатить стоимость вышеуказанных конкретных услуг непосредственно поставщику этих услуг. • Я понимаю, что назначение данного документа – дать мне возможность оплатить и получить услуги, которые не будут оплачиваться НСА или МСО, работающей по контракту с НСА. Данный поставщик услуг исчерпывающим и удовлетворительным образом ответил на все мои вопросы и выдал мне заполненную копию данного документа. • Я понимаю, что могу позвонить в НСА по тел. 1-800-562-3022, если мне потребуется дополнительная информация о моих правах или услугах, покрываемых НСА в рамках программы «платы за фактические услуги» (fee-for-service) или программы регулируемых услуг (managed care). 						
Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я понимаю содержание настоящего документа и соглашаюсь с ним, включая пункты, помеченные выше кружками (bullet points).				Подпись клиента или его / её уполномоченного представителя		Дата
Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я выполнил (-а) все требования положений WAC 182-502-0160.				Подпись поставщика услуг		Дата
Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я предоставил (-а) точный устный перевод данного документа для клиента, чья подпись фигурирует выше, в полную меру моих способностей.				Имя и фамилия устного переводчика (печатными буквами) и его (её) подпись		Дата