

## Thỏa Thuận Chi Trả cho các Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế

### Agreement to Pay for Healthcare Services

Đạo Luật WAC 182-502-0160 (“Hóa Đơn Tính Tiền Thân Chủ”)

Đây là một thỏa thuận giữa một “thân chủ” và một “nhân viên cung cấp dịch vụ,” như được định nghĩa ở dưới. Thân chủ đồng ý trả cho nhân viên cung cấp (các) dịch vụ chăm sóc y tế mà bộ phận Thẩm Quyền Chăm Sóc Y Tế [(Health Care Authority) (HCA)] sẽ không trả. Cả hai đối tác phải ký vào bản Thỏa Thuận này. Vì các mục đích của bản Thỏa Thuận này, “các dịch vụ” bao gồm, nhưng không giới hạn, việc trị liệu chăm sóc y tế, trang thiết bị, dụng cụ, và thuốc men.

**Thân Chủ** - Một người thụ hưởng Medicaid hay các phúc lợi chăm sóc y tế khác qua HCA hay qua một tổ chức chăm sóc được quản trị (MCO) có hợp đồng với HCA.

**Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ** - Một viện, cơ quan, cơ sở kinh doanh, hay người cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế cho các thân chủ của HCA và đã ký một bản thỏa thuận với HCA hay thẩm quyền từ một MCO.

Sự Thỏa Thuận này và Đạo Luật WAC 182-502-0160 được áp dụng để thu tiền một thân chủ cho các dịch vụ được và không được bảo hiểm trả như đã được mô tả trong đạo luật WAC 182-501-0050 cho tới đạo luật WAC 182-501-0070. Các nhân viên cung cấp dịch vụ có thể không thu tiền bất cứ một thân chủ của chương trình HCA nào (kể cả những người đã ghi danh với một chương trình MCO mà MCO này hợp đồng với HCA) cho các dịch vụ mà HCA hay một MCO hợp đồng với HCA có thể đã trả cho đến khi nhân viên cung cấp dịch vụ này đã hoàn tất mọi yêu cầu để có ủy quyền.

Tên thân chủ viết in	Số ID thân chủ
Tên nhân viên phục vụ viết in	Số của nhân viên phục vụ

#### Hướng Dẫn:

- Cả nhân viên phục vụ và thân chủ phải điền đầy đủ đơn này **trước khi** một thân chủ của HCA nhận bất cứ dịch vụ nào theo yêu cầu của bản Thỏa Thuận này.
- Quý vị phải hoàn tất đơn này không được trễ hơn 90 ngày dương lịch trước ngày của dịch vụ này. Nếu dịch vụ không được cung cấp trong vòng 90 ngày dương lịch, nhân viên phục vụ và thân chủ phải điền đầy đủ và ký vào một đơn mới.
- Nhân viên phục vụ và thân chủ phải hoàn tất đơn này chỉ **sau ngày** họ sử dụng hết mọi chương trình có thể sử dụng được của HCA hay các thủ tục tiến trình của MCO có hợp đồng với HCA, cần thiết để có sự ủy quyền cho (các) dịch vụ theo yêu cầu. Những điều này có thể bao gồm sự ngoại lệ để xúc tiến thủ tục (ETR) cho các dịch vụ không được bảo hiểm trả như được định nghĩa trong đạo luật WAC 182-501-0160 hoặc thủ tục phiên điều trần hành chính, nếu vị thân chủ chọn theo đuổi các thủ tục này.
- Những thân chủ không thông thạo Anh Ngữ (LEP) phải có thể hiểu được đơn này bằng ngôn ngữ chính của họ. Điều này bao gồm một đơn xin đã được dịch hay được thông dịch. Nếu đơn này được thông dịch cho thân chủ, thông dịch viên cũng phải ký vào và ghi ngày trên đơn. Cả thân chủ và nhân viên phục vụ đều phải ký vào một đơn đã được dịch.

**Điền đầy đủ bảng (biểu đồ) trên phía sau đơn này. Nếu cần thiết, kèm thêm một tấm giấy khác để xin thêm các dịch vụ. Thân chủ, nhân viên phục vụ, và thông dịch viên (nếu áp dụng) đều phải ký và ghi ngày trên mỗi trang bổ sung này.**

#### Ghi Chú Quan Trọng từ HCA:

- Bản thỏa thuận này mất hiệu lực và không thể thi hành được nếu nhân viên phục vụ không tuân thủ các yêu cầu của đơn này và đạo luật WAC 182-502-0160 hay không thỏa mãn các điều kiện chi trả của HCA như được mô tả trong Đạo Luật Hành Chánh Washington [(Washington Administrative Code) (WAC)] và các hướng dẫn thu tiền. Nhân viên phục vụ phải bồi hoàn lại cho thân chủ toàn bộ số tiền thân chủ đã trả.
- Xem phần đạo luật WAC 182-502-0160(9) để có một danh sách các dịch vụ không thể thu tiền một thân chủ, bất kể nó là một bản thỏa thuận bằng văn bản.
- Giữ bản gốc của bản thỏa thuận trong hồ sơ y tế của thân chủ trong 6 năm kể từ ngày bản thỏa thuận này được ký. Đưa một bản sao bản thỏa thuận đã hoàn tất, đã ký cho thân chủ.
- Những nhân viên phục vụ chịu trách nhiệm bảo đảm rằng bản dịch hay sự thông dịch mẫu đơn này được đưa cho các thân chủ LEP. Các mẫu đơn đã được dịch hiện có tại [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications).

(CÁC) DỊCH VỤ ĐẶC TRƯNG HAY (CÁC) PHẦN ĐƯỢC CUNG CẤP VÀ ƯỚC ĐOÁN NGÀY CỦA DỊCH VỤ	MÃ SỐ CPT/CDT/HCPC (MÃ SỐ THU TIỀN)	SỐ TIỀN THÂN CHỦ TRẢ	LÝ DO TẠI SAO THÂN CHỦ ĐANG ĐỒNG Ý TRẢ TIỀN (ĐÁNH VÀO Ô NÀO ÁP DỤNG CHO MỖI DỊCH VỤ)	PHƯƠNG ÁN TRỊ LIỆU ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC BAO TRẢ NHƯNG KHÔNG DO THÂN CHỦ CHỌN	(CÁC) NGÀY ETR/NFJ ĐÃ YÊU CẦU/TỪ CHỐI HAY BÃI MIỄN, HOẶC PHÊ CHUẨN TRƯỚC ĐÂY (PA), YÊU CẦU/TỪ CHỐI TRƯỚC ĐÂY, NẾU THÍCH HỢP	
			<input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR khước từ <input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR bãi miễn <input type="checkbox"/> Thuốc ở ngoài danh sách được chấp thuận, NFJ bãi miễn <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả nhưng bị từ chối vì không cần thiết về y tế <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả, nhưng loại đặc biệt không được trả <input type="checkbox"/> Chỉ thị, được kê toa hoặc chuyển đến bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe có phép không đăng ký		ETR đã yêu cầu hay bãi miễn	ETR khước từ (kèm thông báo của HCA)
			<input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR khước từ <input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR bãi miễn <input type="checkbox"/> Thuốc ở ngoài danh sách được chấp thuận, NFJ bãi miễn <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả nhưng bị từ chối vì không cần thiết về y tế <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả, nhưng loại đặc biệt không được trả <input type="checkbox"/> Chỉ thị, được kê toa hoặc chuyển đến bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe có phép không đăng ký		PA yêu cầu	PA khước từ (kèm thông báo của HCA)
			<input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR khước từ <input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR bãi miễn <input type="checkbox"/> Thuốc ở ngoài danh sách được chấp thuận, NFJ bãi miễn <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả nhưng bị từ chối vì không cần thiết về y tế <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả, nhưng loại đặc biệt không được trả <input type="checkbox"/> Chỉ thị, được kê toa hoặc chuyển đến bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe có phép không đăng ký		ETR đã yêu cầu hay bãi miễn	ETR khước từ (kèm thông báo của HCA)
			<input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR khước từ <input type="checkbox"/> Dịch vụ không được bảo hiểm trả, ETR bãi miễn <input type="checkbox"/> Thuốc ở ngoài danh sách được chấp thuận, NFJ bãi miễn <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả nhưng bị từ chối vì không cần thiết về y tế <input type="checkbox"/> Được bảo hiểm trả, nhưng loại đặc biệt không được trả <input type="checkbox"/> Chỉ thị, được kê toa hoặc chuyển đến bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe có phép không đăng ký		PA yêu cầu	PA khước từ (kèm thông báo của HCA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tôi hiểu rằng HCA hay một MCO có hợp đồng với HCA sẽ không trả cho (các) dịch vụ đang được yêu cầu vì một trong các lý do sau đây, như được nêu trong bảng biểu đồ ở trên: 1) HCA không bao trả cho (các) dịch vụ này; 2) (các) dịch vụ đã bị từ chối vì không cần thiết về mặt y tế cho tôi, hay 3) (các) dịch vụ được bảo hiểm trả nhưng loại I theo yêu cầu không được trả.</li> <li>Tôi hiểu rằng tôi có thể, nhưng có thể chọn không: 1) yêu cầu một Ngoại Lệ với Luật Lệ [(Exception to Rule) (ETR)] sau một khước từ yêu cầu cho một dịch vụ không được bảo hiểm trả của HCA hay của MCO có hợp đồng với HCA; hoặc 2) yêu cầu xin một phiên điều trần để khiếu nại một sự khước từ một dịch vụ được yêu cầu của một HCA hay một MCO có hợp đồng với HCA.</li> <li>Tôi được nhân viên phục vụ này thông báo đầy đủ về tất cả sự trị liệu thích hợp về y tế hiện có, kể cả các dịch vụ có thể được HCA hay một MCO có hợp đồng với HCA, và tôi vẫn chọn nhận (các) dịch vụ đặc biệt nêu trên.</li> <li>Tôi hiểu rằng HCA không trả cho các dịch vụ được đặt hàng bởi, viết toa bởi, hay là một kết quả của một sự giới thiệu từ một nhân viên phục vụ chăm sóc y tế không có hợp đồng với HCA như được mô tả trong Chương 182-502 WAC.</li> <li><b>Tôi đồng ý trả trực tiếp cho nhân viên phục vụ cho (các) dịch vụ đặc biệt liệt kê ở trên.</b></li> <li>Tôi hiểu mục đích của mẫu đơn này là để cho phép tôi trả cho (các) dịch vụ, và nhận (các) dịch vụ mà HCA hay một MCO có hợp đồng với HCA sẽ không trả. Nhân viên phục vụ này đã trả lời tất cả mọi câu hỏi của tôi trong sự thỏa mãn của tôi, và đã đưa cho tôi một bản sao hoàn chỉnh của mẫu đơn này.</li> <li>Tôi hiểu rằng tôi có thể gọi cho HCA tại số 1-800-562-3022 để nhận các thông tin bổ túc về những quyền hạn của tôi, hay các dịch vụ được HCA trả dưới chương trình lệ-phí-cho-dịch-vụ hay sự chăm sóc có quản lý.</li> </ul>						
<b>TÔI XÁC NHẬN:</b> Tôi hiểu và đồng ý với nội dung của mẫu đơn này, kể cả các điểm chấm ở trên.				Chữ ký của thân chủ hay đại diện pháp lý của thân chủ	Ngày	
<b>TÔI XÁC NHẬN:</b> Tôi đã tuân thủ với tất cả mọi trách nhiệm và yêu cầu như được nêu ra trong đạo luật WAC 182-502-0160.				Chữ ký của nhân viên phục vụ (các) dịch vụ	Ngày	
<b>TÔI XÁC NHẬN:</b> Tôi đã thông dịch chính xác mẫu đơn này với hết khả năng của tôi cho vị thân chủ ký tên ở trên.				Chữ ký và tên viết in của thông dịch viên	Ngày	