

هذه اتفاقية بين عميل ومقدم/ة خدمة، كما هي منصوص عليها في القاعدة الإدارية في ولاية أوريغون المرقمة OAR 410-120-0000. توافق العملية على دفع ثمن الخدمة (الخدمات) التي لا تغطيها خطة أوريغون الصحية (Oregon Health Plan: OHP)، وهيئة أوريغون الصحية (Oregon Health Authority: OHA) أو كيانات الرعاية المدارة (managed-care entities: MCEs) المتعاقدة مع OHA.

## الجزء الخاص بمقدم/ة الخدمة

- ① ينتمي مُقَدِّمُ الخدمة الذي يكمل هذا النموذج إلى أحد الأصناف التالية (أشْر على واحدة منها):
- ☐ مقدم الخدمة الذي يقدم الخدمات (الشخص الذي يقدم الخدمة)
- ☐ مستشفى
- ☐ صيدلية
- ☐ مقدم خدمات مساعد (آخر):
- ② الخدمات المطلوبة. تشمل هذه، ولا تقتصر على، المعالجة، والمعدات، والتجهيزات والأدوية.

## رموز الخدمة (CDT/CPT/HCPCS/NDC):

- ③ التاريخ (التواريخ) المتوقع للخدمة (إذا كنت ستقدم الخدمات على مدى عدة أشهر، يرجى تحديد عدد المرات، بما في ذلك تواريخ البدء والانتهاء):

## ④ الحالة التي تتم معالجتها:

- ⑤ الرسوم المقدرة \$ إلى \$ . أشْر على واحد من البيانات التالية عن هذه الرسوم:
- ☐ لا توجد تكاليف أخرى ضمن هذه الخدمة (الخدمات).
- ☐ قد توجد هناك تكاليف أخرى. وقد يتحتم عليك دفع ثمنها أيضًا. قد تشمل التكاليف الأخرى ما يلي (ضع علامة على كل ما ينطبق):
- ☐ المختبر ☐ الأشعة ☐ مستشفى ☐ التخدير ☐ غير ذلك:

- ⑥ ☐ كمقدم للخدمات أو مقدم/ة الخدمات لوصف الأدوية:
- لقد جربت جميع العلاجات المغطاة المعقولة لحالتك.
  - لقد أكدت أن الخدمة (الخدمات) المقترحة ليست مغطاة لمعالجة حالتك.
  - لقد أعلمتك عن العلاجات المغطاة لحالتك، وقد اخترت علاج غير مغطى.
- ☐ كأي مُقَدِّم/ة خدمة آخر (أشْر على واحد من البيانات التالية):
- ☐ إني أفهم أن مُقَدِّم/ة الخدمة التابع لك قد تحدث معك حول الخيارات الأخرى واكمل تعبئة استمارة منفصلة للموافقة على الدفع (Agreement to Pay).
- ☐ يُرجى مقابلة مقدم/ة الخدمة للاستفسار حول خيارات أخرى وتعبئة استمارة منفصلة للموافقة على الدفع (Agreement to Pay).
- اسم مُقَدِّم/ة الخدمة: \_\_\_\_\_ الرقم التعريفي القومي لمقدمي الخدمات (NPI): \_\_\_\_\_

توقيع مقدم/ة الخدمة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

## الجزء الخاص للعملية OHP

⑦ اسم العملية: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_ الرقم التعريفي للعملية: \_\_\_\_\_

- ⑧ إني أفهم ما يلي، ولا زلت أختار الحصول على الخدمة (الخدمات) الواردة أعلاه:
- لا تغطي خطة OHP أو خطة التأمين التابعة لي تسديد ثمن الخدمات الواردة أعلاه.
  - إذ أنني أحصل على الخدمات، فإنني أوافق على دفع تكاليفها. بعد تلقي الخدمات، سألتقي فواتير لها والتي يتحتم علي دفع ثمنها.
  - خياراتي الأخرى، المبينة على الوجه الخلفي لهذا النموذج والتي شرحها لي مُقَدِّم/ة الخدمة لدي.
  - العلاج المناسب طبياً والذي بإمكانني الحصول عليه، بما في ذلك الخدمات التي قد تدفع ثمنها هيئة OHA أو كيان الرعاية المدارة (MCE).

توقيع العملية (أو ممثلها) - على الممثل أن يبرز دليلاً على التحويل القانوني للتوقيع نيابة عن هذه العملية

إذا كان التوقيع من جانب ممثل (ة) نيابة عن العملية، اكتب اسمه بالأحرف المتقطعة هنا:

⑨ توقيع الشاهد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم الشاهد:

## العميلة - احتفظي بنسخة لهذه الاستمارة لسجلاتك.

### لا تنبأه العميلة لخطة OHP - إقرني هذه المعلومات بتمعن قبل التوقيع.

قبل التوقيع، ينبغي عليك أن تتأكد من عدم تغطية كل خدمة من خطة OHP أو منظمة الرعاية المتسقة (coordinated care organization: CCO) التابعة لك أو خطتك للرعاية المدارة. إليك بعض الأشياء التي بإمكانك عملها:

#### ① التكد من أن الخدمة ليست مغطاة

سترسل إليك هيئة OHA، أو CCO أو خطتك إخطارًا باتخاذ إجراء إذا لم تشمل تغطيتهم الخدمة التي يطلبها مُقَدِّمُ الخدمة التابع لك. إذا لم تستلم إخطارًا باتخاذ إجراء، أطلب من CCO، أو خطتك للتأمين أو مُقَدِّمُ الخدمة التابع لك أن يرسل لك نسخة عن الإخطار للتأكد من أن خطة OHP لا تشمل الخدمة في تغطيتها.

#### ② أطلب استئناف أو جلسة استماع

بمجرد الحصول على إخطار لاتخاذ إجراء، بإمكانك طلب استئناف أو جلسة استماع. إقرأي الإخطار باتخاذ إجراء بتمعن. حيث سيشرح سبب رفض الخدمة. كما إنه سيفيدك بمعلومات حول حقك في تقديم طلب لاستئناف قرار الرفض أو طلبك لعقد جلسة استماع. إذا كنت مسجلة ضمن خدمات ميديكير، قد يكون لديك حقوق استئنافية أخرى. إذا كنت مشتركة بخطة OHP وميديكير، اتصل بالرقم 800-633-4227 Medicare أو 711 للمبرقة الكاتبة TTY.

#### ③ تحققي من معرفة فيما إذا كانت هناك طرق أخرى للحصول على الخدمة

أسألي مقدم الرعاية المسؤول عنك:

- لقد حاولوا كافة خيارات التغطية الأخرى المتاحة لعلاج حالتك.
- هنالك مستشفى أو كلية طبية أو منظمة خدمات أو مستوصف مجاني أو مديرية صحة المقاطعة والتي يمكن أن تقدم هذه الخدمة أو تساعدك في دفع تكاليفها.

هل ستتغير قريبًا منافعك لخطة OHP، أو أي تأمين صحي آخر لديك؟ إذا كان الأمر كذلك، حاولي أن تستنتجي فيما إذا كانت هذه الخدمة ستبقى ضمن التغطية عندما تتغير منافعك.

#### ④ استفسري عن الأسعار المخفضة والخصومات

أطلب من مُقَدِّمُ الخدمة لديك إذا كان بإمكانه عرض سعر مخفض للخدمة أو إذا كان يقدم خصومات للأشخاص الذين يدفعون ثمن الخدمات شخصيًا. قد لا يكون لديه أي شيء يمكنه تقديمه لك، ولكنك لن تعرفي إلا إذا استفسرت.

#### ⑤ احصلي على رأي ثانٍ

قد تجددين مقدّم رعاية آخر يقاضيك أجورًا أقل للخدمة.

#### التكاليف الإضافية

قد يكون هناك خدمات من مقدمي رعاية آخرين - مثل المستشفى، أو خدمات في علاج التخدير، أو المعالجة أو خدمات التحاليل المخبرية مشمولة ضمن الخدمة التي تريدينها. سيتوجب عليك أن تدفعي لقاء هذه الخدمات أيضًا. أسألي مقدم الرعاية المسؤول عنك عن أسماء وأرقام هواتف مقدمي الرعاية الآخرين. اتصل بهؤلاء المقدمين لتعرفي أجورهم وأتعابهم.

#### هل لديك أسئلة؟

- اتصل بشعبة خدمة الزبائن لدى الجهة المسؤولة عن خطتك أو التابعة لـ CCO الخاصة بك، أو
- اتصل بوحدة خدمات العملاء (OHP Client Services Unit) OHP على الرقم (711 TTY) 800-273-0557
- اتصل بالخط الساخن للمنافع العامة على الرقم 800-520-5292 إذا كنت ترغبين بالحصول على مشورة قانونية حول منافع خطة OHP ودفع تكاليف الخدمات.

### لا تنبأه مُقَدِّمُ الخدمة - القواعد الإدارية لولاية أوريغون (Oregon Administrative Rules: OARs) ذات الصلة

إن متطلبات هذه الاتفاقية مبنية في القاعدة OAR 410-120-1280، المتعلقة بالفواتير، و 410-141-3540، المتعلقة بحماية الأعضاء. يمكن إيجاد على هذه القواعد على الإنترنت في الموقع <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87>