

Данное соглашение заключается между «клиентом» и «поставщиком медицинских услуг», как определено в правиле OAR 410-120-0000. Клиент соглашается оплатить услуги, предоставленные поставщиком медицинских услуг и не оплачиваемые программой страхования Oregon Health Plan (ОНР), организацией координированного обслуживания (ССО) или планом координированного обслуживания. В целях данного соглашения «услуги» включают, но не ограничиваются лечением, предоставлением оборудования, материалов и лекарственных препаратов.

Раздел для поставщика медицинских услуг

- ① Поставщик медицинских услуг, заполняющий данный формуляр документа, является (*отметить одно*):
- Поставщиком, оказывающим услуги Поставщиком, выписывающим лекарственные препараты
- Больницей Аптекой Дополнительный (*другой*) поставщик:
-
- ② Запрос (ы) на предоставление услуг:
Коды услуг (*CDT/CPT/HCPCS/NDC*):
-
- ③ Предположительная дата(-ы) оказания услуг (*если услуги предоставляются в течение нескольких месяцев, пожалуйста, укажите частоту оказания, дату начала и окончания предоставления услуг*):
-
- ④ Заболевание, подлежащее лечению:
-
- ⑤ Ожидаемая сумма оплаты услуг \$ Кому \$ *Отметьте одно из перечисленных ниже утверждений, касающихся оплаты данных услуг:*
- Никаких других расходов в процессе предоставления данной услуги (услуг) не возникнет
- В процессе предоставления данной услуги (услуг) могут возникнуть дополнительные расходы, которые вам нужно будет также оплатить. Другие процедуры, являющиеся частью данной услуги (услуг) могут включать следующее: (*отметьте все, что применимо*):
- Анализы Рентген Больница Анестезия Другое:
-
- ⑥ Как поставщик, оказывающий медицинские услуги или выписывающий лекарственные препараты:
- Я попытался (-ась) провести все возможные обеспечиваемые страхованием виды лечения вашего заболевания.
 - Я подтвердил(-а), что предлагаемые виды обслуживания не оплачиваются медицинской страховкой.
 - Я проинформировал (-а) вас о видах лечения вашего заболевания, которые оплачиваются вашей страховкой, однако, вы выбрали лечение, которое не оплачивается вашей страховкой.
- Как любой другой поставщик медицинских услуг (*отметьте одно из перечисленных ниже утверждений*):
- Я понимаю, что ваш основной поставщик медицинских услуг обсудил с вами другие варианты лечения и что вы подписали отдельное *соглашение об оплате* медицинских услуг.
- Пожалуйста, проконсультируйтесь с вашим основным поставщиком медицинских услуг о других вариантах лечения и заполните отдельное *соглашение об оплате* медицинских услуг.
- Имя, фамилия или название поставщика медицинских услуг: _____
- Общегосударственный идентификационный номер поставщика услуг (NPI): _____
- Подпись поставщика услуг: _____ Дата: _____

Раздел для участника программы медицинского страхования ОНР

- ⑦ Имя клиента: _____ Дата рождения: _____ Идентификационный № клиента: _____
-
- ⑧ Я понимаю:
- Что услуги, перечисленные выше, не оплачиваются программой ОНР, организацией ССО или планом управляемого обслуживания.
 - Если данные услуги будут предоставлены, я согласен (согласна) оплатить их. После получения медицинских услуг я получу счета, которые я должен (должна) буду оплатить.
 - Я прочитал (прочитала) информацию на обороте данного документа и понимаю другие варианты.
- _____ Поставщик медицинских услуг надлежащим образом уведомил меня о доступном необходимом с медицинской

точки зрения лечения, включая услуги, оплачиваемые Отделом программ медицинской помощи (Division of Medical Assistance Programs - DMAP) или программами, сотрудничающими с отделом DMAP, организациями координированного обслуживания (ССО) или планами управляемого обслуживания, и я, тем не менее, желаю получать услуги, указанные выше.

Подпись клиента (или его представителя). *Представитель должен иметь подтверждение законных полномочий для подписи документов от имени клиента.*

Дата

Если представитель участника подписывает данный документ, укажите имя представителя здесь:

⑨ Подпись свидетеля:

Дата:

Имя свидетеля:

Настоящее соглашение действительно только в том случае, если ожидаемая сумма оплаты медицинских услуг не меняется и если процедуры назначены в течение 30 дней с момента подписи данного соглашения участником.

Клиент, сохраните у себя копию данного документа для вашего архива.

Перед тем, как подписывать настоящее соглашение, прочтите внимательно следующую информацию.

Перед тем, как подписать данное соглашение, вы должны удостовериться, что каждая услуга не оплачивается программой медицинского страхования ОНР, вашей организацией ССО или планом управляемого обслуживания. Некоторые шаги, которые вы можете предпринять:

① ***Удостоверьтесь, что услуги не обеспечиваются страхованием***

Управление ОНА, ваша организация ССО или план вышлют вам уведомление о предпринимаемом действии, если услуга, запрашиваемая вашим поставщиком, не обеспечивается страхованием. Если вы не получили уведомления о предпринимаемом действии, вы можете обратиться к сотрудникам вашей организации ССО, плана или поставщика мед. услуг с просьбой выслать его вам, чтобы вы точно знали, что данные услуги не оплачиваются программой медицинского страхования ОНР.

② ***Подайте апелляцию или запрос на проведение слушания***

После получения уведомления о предпринимаемом действии вы можете подать апелляцию или подать запрос на проведение слушания. Внимательно прочитайте уведомление о предпринимаемом действии. В нем будет объяснено, почему вам было отказано в оплате услуг. В нем также будет содержаться информация о ваших правах на апелляцию решения об отказе или проведение слушания.

Ваши права на апелляцию могут отличаться, если вы получаете льготы по программе Medicare. Если вы получаете льготы обеих программ ОНР и Medicare, звоните по телефону 800-Medicare (800-633-4227) или 711 для лиц с нарушениями слуха.

③ ***Проверьте, существуют ли другие способы получения данных услуг***

Узнайте у вашего поставщика:

- Воспользовались ли они всеми возможными способами лечения вашего заболевания, которые обеспечиваются страхованием.
- Существует ли какая-либо больница, медицинская школа, организация медицинского обслуживания, бесплатная клиника или отдел здравоохранения округа, который сможет предоставить эти услуги или сможет помочь вам в оплате этих услуг.

Изменяются ли ваши страховые льготы по программе ОНР или любой другой программы медицинского страхования в скором времени. Если да, попробуйте узнать, будет ли обеспечиваться страхованием необходимое вам лечение после того, как изменения вступят в силу.

④ **Спросите о скидках или сниженных ставках**

Спросите у поставщика медицинских услуг, смогут ли они предложить вам услуги по сниженной ставке или скидку, если вы будете оплачивать данные услуги самостоятельно. Возможно, они ничего не смогут предложить вам, но вы не узнаете об этом до тех пор, пока не спросите.

⑤ **Узнайте другое мнение по вашему вопросу**

Возможно, вы найдёте другого поставщика медицинских услуг, у которого данная процедура будет стоить дешевле.

Дополнительные расходы

В дополнение к основной процедуре, возможно, вы также будете оплачивать другие услуги, связанные с ней. Например, пребывание в больнице, анестезия, терапия, анализы. Вам также придётся оплатить эти услуги. Попросите вашего поставщика услуг сообщить вам имена, названия и телефоны других поставщиков медицинских услуг, которые будут предоставлять дополнительные услуги. Свяжитесь с ними, чтобы узнать о стоимости их услуг.

Вопросы?

- Звоните в отдел обслуживания клиентов вашего плана или организации ССО; или
- Звоните в отдел обслуживания участников программы ОНР по телефону 800-273-0557, для слабослышащих - 711
- Звоните в срочную телефонную службу разъяснения государственных льгот по телефону 800-520-5292, если вам нужна юридическая консультация в отношении пособий программы ОНР или оплаты услуг.

Применимые административные правила штата Орегон (OAR)

Требования настоящего соглашения изложены в правилах OAR 410-120-1280 о предъявлении счетов и 410-141-3395 о положениях о защите участников. Данные правила можно найти в сети Интернет, посетив сайт: http://arcweb.sos.state.or.us/pages/rules/oars_400/oar_410/410_tofc.html.