本文件为 OAR 410-120-0000 所界定的客户与提供者订立的同意书。客户同意支付未获俄勒冈州健康计划 (OHP)、俄勒冈州卫生局 (OHA) 或 OHA 订约托管护理实体承保的服务费用。

提供者部分

① 填写本表格的提供者 (勾选一项):

- 医疗服务提供者 (提供服务的人士) 开药提供者
医院 药房 辅助 (其他) 提供者:

② 申请的服务。这些服务包括但不限于治疗、设备、用品及药物。

服务代码 (CDT/CPT/HCPCS/NDC):

③ 预计服务日期 (若服务在几个月内提供, 请说明服务的频率、开始以及终止日期):

④ 治疗的疾病:

⑤ 估计费用 \$ 至 \$ 勾选有关费用的下列一项陈述:

- 服务不含其他费用。
可能有其他费用。您也可能需要支付这些费用。其他费用包括 (勾选所有适用项):
实验室 X 光 医院 麻醉 其他:

⑥ 作为医疗服务提供者或开药提供者:

- 我已尝试有关您疾病的所有合理承保治疗方式。
我确认拟提供的服务并未获得针对您疾病的承保。
我已向您告知您疾病的承保治疗方式, 且您选择了未获承保的治疗。

作为任何其他提供者 (勾选下列一项陈述):

- 本人清楚, 您的提供者已向您讨论其他选择并填写单独的同意付费表格。
请向您的提供者咨询其他选择以及填写单独的同意付费表格。

提供者姓名: 国家提供者识别号码 (NPI):

提供者签名: 日期:

OHP 客户部分

⑦ 客户姓名: 出生日期: 客户 ID 号码:

⑧ 我理解以下内容, 但仍选择取得上文所列服务:

- 上文所列服务未获得 OHP 或我的计划承保。
若我取得该服务, 我同意支付费用。取得服务后, 我将收到必须由我支付的账单。
我的提供者已向我解释载于本表格背页的其他选择。
我能获取的医学适当治疗, 包括 OHA 或我的 MCE 为我付款的服务。

客户 (或其代表) 签名——代表必须出示代表该客户签名的法定权限证明

日期

如果由客户代表签名, 请在此处正楷书写其姓名:

⑨ 见证人签名: 日期:

见证人姓名:

客户 —— 将本表格副本留做记录。

OHP 客户注意 —— 在签署前请仔细阅读本信息。

在签署之前，您应确保每项服务均未获得 OHP、您的协调护理组织 (CCO) 或托管护理计划的承保。您可以做的一些事情有：

① 核实确保服务未获承保

若 OHA、您的 CCO 或计划不承保您的提供者申请的服务，他们将向您发出受理通知。若您并未收到受理通知，请要求您的 CCO、计划或提供者向您寄发一份，以便确认服务未获得 OHP 承保。

② 申请提出申诉及 / 或召开听证会

收到受理通知后，您可申请提出申诉或召开听证会。仔细阅读受理通知。通知解释了服务为何被拒保，还提供有关您就拒保提出申诉或要求举行听证会的权利的信息。

若您还有 Medicare，则有其他申诉权利。若您同时拥有 OHP 和 Medicare，请拨打 800-Medicare (800-633-4227) 或 TTY 711。

③ 查询是否有获得服务的其他方式

询问提供者：

- 是否已经尝试可用于疾病治疗的所有其他承保方案。
- 是否有医院、医学院、服务组织、免费诊所或县卫生部可能提供此服务或帮助您付费。

您的 OHP 福利或任何其他健康保险是否即将发生更改？如果是，请核实福利更改后本项服务是否获得承保。

④ 咨询优惠费率和折扣

询问提供者其是否能就服务向您提供优惠费率或为私人付款的人士提供折扣。他们也许没有办法帮助您，但是不问一下您也不会知道是否有办法。

⑤ 寻找另一名提供者

您可以找到向您收取较少服务费用的另一名提供者。

其他费用

可能还有其他提供者（例如医院、麻醉、治疗或化验服务）提供您想要的服务。您也必须为这些服务付费。请向您的提供者询问其他服务提供者的名称和电话号码。请联系这些提供者了解其收费信息。

有问题？

- 致电您计划或 CCO 的客户服务部门，或
- 致电 OHP 客户服务部 800-273-0557、TTY 711。
- 若要获取有关 OHP 福利以及服务付费的法律建议，致电公共福利热线 800-520-5292。

提供者注意 —— 相关俄勒冈州行政规则 (OAR)

本同意书的有关规定概述于 OAR 410-120-1280, Billing (收费) 以及 410-141-3540, Member Protections (成员保护)。您可登录网页在线查看相关规则

<https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87>。