

這是客戶與醫療服務提供者（如《俄勒岡州行政法規》(Oregon Administrative Rules, OAR) 410-120-0000 所定義）間所簽訂的一份協議。客戶同意為不屬於俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, OHP)、俄勒岡州衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 或 OHA 特約管理式照護機構 (Managed Care Entity, MCE) 承保範圍的服務付費。

## 醫療服務提供者部分

① 填寫本表格的醫療服務提供者是（請勾選一項）：

☐ 提供服務的醫療服務提供者（提供服務的人士）

☐ 開立處方的醫療服務提供者

☐ 醫院

☐ 藥房

☐ 輔助（其他）醫療服務提供者：

② 申請的服務項目。其中包括但不限於治療、器材、用品及藥物。

服務代碼 (CDT/CPT/HCPCS/NDC)：

③ 預計接受服務的日期（如果服務將會持續數個月之久，請說明接受服務的頻率以及開始和結束日期）

④ 接受治療的病症：

⑤ 預估費用 \$ 至 \$ 。 請勾選下列與費用有關的其中一項陳述：

☐ 服務沒有其他費用。

☐ 可能會有其他費用。您可能還需支付其他費用。有其他費用的服務可能包括（請勾選所有適用選項）：

☐ 化驗

☐ X光

☐ 醫院

☐ 麻醉

☐ 其他：

⑥ ☐ 身為提供服務或開立處方的醫療服務提供者：

- 本人已針對您的病症嘗試屬於承保範圍的所有合理治療。
- 本人已確認，就您的病症而言，提議的服務不屬於承保範圍。
- 本人已告知適用於您病症的承保治療，但您選擇不屬於承保範圍的治療。

☐ 身為任何其他醫療服務提供者（請勾選下列其中一項陳述）：

☐ 本人瞭解，您的醫療服務提供者已與您討論其他選擇並另外填寫了一份付款同意書表格。

☐ 請接受醫療服務提供者的看診以詢問其他選擇並另外填寫一份付款同意書表格。

醫療服務提供者姓名：

全國醫療服務提供者識

別號碼 (NPI)：

醫療服務提供者簽名：

日期：

## OHP 客戶部分

出生日期

(DOB)：

⑦ 客戶姓名：

客戶 ID 號碼：

⑧ 本人瞭解下列陳述，但仍選擇接受上列服務：

- 上列服務不屬於 OHP 或本人計劃的承保給付範圍。
- 如果本人接受該等服務，本人同意支付相關費用。在接受服務之後，本人將會收到服務帳單，而本人將必須支付帳單。

- 本人的其他選項（列於本表格的背面）且本人的醫療服務提供者已說明這些選項。
- 本人可以接受且具有醫療適當性的治療，包括 OHA 或本人 MCE 可能會給付的服務。

客戶（或代表）的簽名 – 代表必須持有法律授權證明才能代表此客戶簽名

日期

如由客戶的代表簽名，請在此處以正楷填寫其姓名：

⑨ 見證人簽名：

日期：

見證人姓名：

只有在上列預估費用沒有變更且服務是在會員簽名後 30 天內預約的情況下，此份同意書才具有效力。

客戶 – 請保留一份本表格的副本以作為紀錄。

### **OHP 客戶請注意 – 在簽名之前，請仔細閱讀本資訊。**

在您簽名之前，您應確認各項服務不屬於 OHP、您的協調式照護組織 (Coordinated Care Organization, CCO) 或管理式照護計劃的承保範圍。以下是您可採取的一些行動：

#### **① 請勾選以確認服務不屬於承保範圍**

如果 OHA、您的 CCO 或您的計劃不承保醫療服務提供者所申請的某項服務，其將會寄送行動通知給您。如果您沒有收到行動通知，請要求您的 CCO、您的計劃或醫療服務提供者寄給您一份，以便您可以確認服務不屬於 OHP 的承保範圍。

#### **② 申請上訴和／或聽證會**

在您收到行動通知後，您可申請上訴或聽證會。請仔細閱讀行動通知。行動通知將會說明服務為何遭到拒絕。行動通知也會為您提供有關針對拒絕決定提出上訴或申請聽證會之權利的資訊。

如果您也擁有 Medicare，您可能還享有其他上訴權利。如果您同時擁有 OHP 和 Medicare，請致電 800-Medicare (800-633-4227) 或聽障專線 711。

#### **③ 請查看以確認您是否還可透過其他方式取得該服務。**

詢問醫療服務提供者：

- 他們是否已嘗試所有其他可用的承保治療選項來治療您的病症。
- 是否有醫院、醫學院、服務組織、免費診所或縣政府衛生部可能可以提供此項服務或可能可以協助您支付服務費用。

您的 OHP 福利或您可能擁有的任何其他健康保險是否很快即將變更？若是如此，請試圖瞭解當您的福利變更時，該服務是否將會獲得承保。

#### **④ 詢問有關調降費率和折扣的資訊**

詢問醫療服務提供者他們是否可以為您調降服務費率或者他們是否可為自費支付服務費用的人士提供折扣。他們可能無法為您提供任何優惠，但您必須問了才知道。

#### **⑤ 聽取第二意見**

您可以尋找其他將會向您收取較低服務費用的醫療服務提供者。

## 其他費用

您所需要的服務可能還附帶了由其他醫療服務提供者所提供的服務，例如：醫院服務、麻醉、治療、或化驗服務。您還需為這些服務付費。請向您的醫療服務提供者洽詢其他醫療服務提供者的姓名／名稱及電話號碼。請與這些醫療服務提供者聯絡以瞭解其收費。

## 有疑問嗎？

- 請致電與您的計劃或 CCO 的客戶服務部聯絡；或
- 請致電 800-273-0557 或聽障專線 711 與 OHP 客戶服務單位聯絡
- 如果您想獲得與 OHP 福利和服務給付有關的法律建議，請致電公共福利熱線 800-520-5292。

## 醫療服務提供者請注意 – 相關俄勒岡州行政法規 (OAR)

本同意書的請款相關規定列於 OAR 410-120-1280 中；以及會員保護相關規定列於 OAR 410-141-3540 中。您可在 <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87> 網站找到這些規定。