

이것은 OAR 410-120-0000 에 따른 고객과 의료 서비스 제공자 간의 협약입니다. 고객은 오리건주 건강보험(Oregon Health Plan, OHP), 오리건주 보건청(Oregon Health Authority, OHA) 또는 OHA 와 계약을 체결한 관리의료법인(Managed Care Entity, MCE)에서 보장하지 않는 서비스 비용을 지불하기로 동의합니다.

의료 제공자 섹션

① 본 양식을 작성하는 의료 제공자(하나만 선택):

- 렌더링 제공자(해당 서비스를 제공하는 의료 제공자)
 처방 서비스 제공자
 병원
 약국
 보조(기타) 제공자:

② 요청된 서비스입니다. 여기에는 치료, 장비, 소모품 및 약품이 포함되나 그에 국한되지 않습니다.

서비스 코드(CDT/CPT/HCPCS/NDC):

③ 예상 서비스 제공일(몇 개월에 걸쳐 서비스를 제공하는 경우 시작일 및 종료일과 함께 제공 빈도를 알려 주십시오):

④ 치료 중인 상태:

⑤ 예상 비용 \$ ~ \$. 해당 비용에 관하여 다음 진술 중 하나에 표시하십시오.

- 이 서비스의 일부로서 별도의 비용은 발생하지 않는다.
 별도의 비용이 있을 수 있다. 귀하가 해당 비용도 지불해야 할 수 있다. 기타 비용 내역은 다음과 같다(해당하는 모든 항목에 표시):
 검사실
 엑스레이
 병원
 마취
 기타:

⑥ 렌더링 제공자 또는 처방 서비스 제공자로서

- 본인은 귀하의 상태에 대해 합리적으로 보장되는 모든 치료를 시도했습니다.
- 본인은 귀하의 상태에 대해 제안된 서비스가 보장되지 않음을 확인했습니다.
- 본인은 귀하에게 귀하의 상태에 대해 보장되는 치료에 대해 알려 드렸지만 귀하는 비보장 치료를 선택하셨습니다.

기타 의료 제공자로서(다음 중 하나에 표시):

- 본인은 귀하의 의료 제공자가 다른 선택 사항에 대해 귀하와 논의하고 별도의 지불 동의서 양식을 작성했음을 이해합니다.
 다른 선택 사항에 대해 문의하고 별도의 지불 동의서 양식을 작성하려면 귀하의 의료 제공자와 상담하십시오.

의료 제공자명:

NPI:

의료 제공자 서명:

날짜:

OHP 고객 섹션

⑦ 고객 성명:

생년월일:

고객 ID#:

⑧ 본인은 다음 사항을 이해하며 여전히 상기에 열거된 서비스를 제공 받기로 선택합니다.

- 상기에 열거된 서비스 비용은 OHP 또는 본인의 개인 보험으로 보장되지 않습니다.
- 본인은 서비스를 제공 받는 경우 해당 비용을 지불하기로 동의합니다. 본인은 서비스를 제공 받은 후에 본인이 지불해야 할 서비스 비용에 대한 청구서를 받을 것입니다.

- 본인의 기타 선택 사항은 이 양식의 뒷면에 기재되어 있으며 의료 제공자에게 해당 설명을 들었습니다.
- OHA 또는 MCE 가 비용을 지불할 수 있는 서비스를 포함하여 본인이 받을 수 있는 의학적으로 적합한 치료가 있습니다.

고객(또는 대리인) 서명 - 대리인은 이 고객을 위해 서명할 수 있는 법적 권한에 대한 증명서를 소지해야 합니다.

날짜

고객의 대리인이 서명하는 경우 여기에 대리인 성명을 정자체로 기재하십시오.

⑨ 증인 서명:

날짜:

증인 서명:

이 동의서는 상기에 기재된 예상 비용이 변경되지 않고, 가입자가 서명한 후 30 일 이내에 서비스 제공이 예정된 경우에만 유효합니다.

고객 - 기록용으로 이 양식의 사본을 보관하십시오.

OHP 고객 주의 사항 - 양식에 서명하기 전에 이 정보를 신중하게 검토하십시오.

귀하는 서명하기 전에 OHP, 조정진료기구(Coordinated Care Organization, CCO) 또는 관리의료계획(Managed Care Plan, MCP)에서 각 서비스를 보장하지 않는지 확인해야 합니다. 다음은 귀하가 확인해야 하는 몇 가지 사항입니다.

① 서비스의 비보장 여부 확인

OHA, CCO 또는 MCP 는 귀하의 의료 제공자가 요청한 서비스를 보장하지 않는 경우, 귀하에게 조치 통지서를 보내줄 것입니다. 조치 통지서를 받지 못한 경우, 귀하는 CCO, MCP 또는 의료 제공자에게 해당 통지서를 보내달라고 요청함으로써 OHP 가 해당 서비스를 보장하지 않음을 확인할 수 있습니다.

② 항소 및/또는 청문 요청

조치 통지서를 받은 경우라면, 항소 또는 청문을 요청할 수 있습니다. 조치 통지서를 신중하게 검토하십시오. 해당 통지서에는 서비스가 거부된 이유가 기재되어 있을 것입니다. 또한, 귀하의 거부 항소 또는 청문 요청 권리에 대한 정보도 포함되어 있습니다.

Medicare 소지자의 경우 다른 항소 권리가 있을 수 있습니다. OHP 와 Medicare 를 모두 소지하고 계시다면, 전화 800-Medicare(800-633-4227) 또는 TTY 711 로 문의하십시오.

③ 서비스를 제공 받을 수 있는 다른 방법이 있는지 여부 확인

의료 제공자에게 다음에 대해 문의하십시오.

- 의료 제공자가 귀하의 상태를 치료하는 데 사용할 수 있는 기타 보장 옵션을 모두 시도했는지 여부
- 이 서비스를 제공하거나 비용을 지불하는 데 도움을 줄 수 있는 병원, 의과대학, 서비스 기관, 무료 진료소 또는 카운티 보건부가 있는지 여부

귀하의 OHP 혜택 또는 귀하가 소지한 기타 건강 보험이 곧 변경됩니까? 그렇다면 혜택 변경으로 인해 이 서비스가 보장되는지 알아보십시오.

④ 할인된 요금 및 할인에 대해 문의

의료 제공자가 귀하에게 할인된 요금을 제공할 수 있는지 또는 서비스 비용을 개인적으로 지불하는 사람들에게 할인을 제공하는지 여부를 문의하십시오. 의료 제공자가 아무 것도 제공하지 않을 수도 있지만, 반드시 문의를 통해 확인하십시오.

⑤ 2차 소견 요청

서비스에 대해 비교적 저렴한 비용을 청구하는 다른 의료 제공자를 찾을 수도 있습니다.

추가 비용

병원, 마취, 치료 또는 검사실 서비스 등 다른 의료 제공자가 귀하가 원하는 서비스에 맞춰 제공할 수 있는 서비스가 있을 수 있습니다. 귀하가 해당 비용도 지불해야 할 수 있습니다. 의료 제공자에게 다른 의료 제공자의 이름과 전화번호를 문의하십시오. 해당 의료 제공자에게 청구 비용에 대해 문의하십시오.

문의 사항이 있으십니까?

- 귀하의 MCP 또는 CCO 고객 서비스 담당 부서에게 전화로 문의하십시오.
- OHP 고객 서비스 담당 부서에 전화 800-273-0557(TTY 711)번으로 문의하십시오.
- OHP 혜택 및 서비스 비용 지불에 대한 법적 조언이 필요한 경우 공익 핫라인에 전화 800-520-5292 번으로 문의하십시오.

의료 제공자 주의 사항 - 관련 오리건주 행정 규칙(Relevant Oregon Administrative Rules, OAR)

본 동의서의 요구 사항에 대해서는 OAR 410-120-1280 요금 청구 및 410-141-3540 가입자 보호 섹션에 설명되어 있습니다. 행정 규칙은 <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87> 에서 확인할 수 있습니다.