

Данное соглашение заключается между «клиентом» и «поставщиком медицинских услуг», как определено в правиле OAR 410-120-0000. Клиент соглашается оплатить услуги, не обеспеченные планом льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР), Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА) или организациями управляемого медицинского обслуживания (МСЕ), работающими по договору с управлением ОНА.

### Раздел для поставщика медицинских услуг

- ① Поставщик медицинских услуг, заполняющий данный формуляр, является *(отметить одно)*:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Поставщик, непосредственно оказывающий услуги <i>(лицо, предоставляющее обслуживание)</i> | <input type="checkbox"/> Поставщиком, выписывающим лекарственные препараты |
| <input type="checkbox"/> Больница  | <input type="checkbox"/> Приобретение лекарственных препаратов             |
|  | <input type="checkbox"/> Дополнительный <i>(другой)</i> поставщик:         |

- ② Запрошенные услуги. К ним относятся, помимо прочего, лечение, оборудование, расходные материалы и лекарства.

Коды услуг *(CDT/CPT/HCPCS/NDC)*:

- ③ Ожидаемая дата(-ы) обслуживания *(если обслуживание будет предоставляться в течение нескольких месяцев, укажите, как часто, и даты начала и завершения)*:

- 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
- Могут быть предусмотрены дополнительные расходы. Возможно, вам также придется заплатить за них. Другие расходы могут быть связаны с *(отметьте все подходящие варианты)*:
- Анализы     Рентген     Больница     Анестезия     Другое:

- ⑥  Как поставщик, оказывающий медицинские услуги или выписывающий лекарственные препараты:
- Мной были предприняты все разумные обеспеченные страхованием процедуры для лечения вашего заболевания.
  - Я подтвердил(-а), что предлагаемые услуги не обеспечиваются страхованием для лечения вашего заболевания.
  - Я сообщил(-а) вам об обеспеченном страхованием лечении вашего заболевания, и вы выбрали лечение, которое не обеспечено страхованием.
- 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.

Название (имя, фамилия)  
поставщика услуг:

Общегосударственный  
идентификационный номер  
поставщика услуг (NPI):

Подпись воспитателя:

Дата:

### Раздел для участника программы медицинского страхования ОНР

⑦ Имя, фамилия клиента: \_\_\_\_\_ ДАТА РОЖДЕНИЯ: \_\_\_\_\_ Идентификационный № клиента: \_\_\_\_\_

- ⑧ Я понимаю следующее и все же предпочитаю получить услугу(-и), перечисленные выше:
- Перечисленные выше услуги не обеспечены льготной программой страхования ОНР или моим планом страхования.
  - Если я получу эти услуги, я соглашаюсь их оплатить. После получения медицинских услуг я получу счета, которые я должен (должна) буду оплатить.
  - Другие варианты моего лечения, которые записаны на оборотной стороне данного документа, были объяснены моим поставщиком услуг.
  - Подходящее с медицинской точки зрения лечение, которое я могу получить, включая услуги, которые могут быть оплачены управлением ОНА или мой план МСЕ может заплатить за это.

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 вы поставите подпись, вы должны удостовериться в том, что каждая услуга не оплачивается программой медицинского страхования ОНР, вашей организацией координированного обслуживания (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 предоставление данной услуги 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.

### **Есть 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 правиле OAR 410-120-1280 о предъявлении счетов и 410-141-3540 о положениях о защите участников. С этими правилами можно ознакомиться в Интернете по адресу <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87>.