

OŚWIADCZENIE PACJENTA O PRZYJĘCIU ODPOWIEDZIALNOŚCI FINANSOWEJ

Ośrodek to „ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny”, wyspecjalizowany w zakresie gastroenterologii – nie są w nim przeprowadzane żadne inne zabiegi. Misją Ośrodka jest świadczenie wysokiej jakości specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i dążymy do tego, aby każdemu pacjentowi zapewnić najwyższy standard opieki i osobistego zainteresowania.

Należy pamiętać, że niektórzy lekarze przeprowadzający zabiegi mogą być bezpośrednimi udziałowcami ośrodka.

Aby zapewnić, że pacjenci rozumieją ciężące na nich zobowiązania finansowe i stosowane przez nas zasady płatności, prosimy o poświęcenie chwili na zapoznanie się z następującymi informacjami i omówienie wszelkich wątpliwości z naszym przedstawicielem ds. rozliczeń.

1. Opłaty, które naliczamy z tytułu świadczonych przez nas usług obejmują niespecjalistyczną składową przeprowadzanego u Państwa zabiegu, określane mianem opłaty „technicznej” lub „infrastrukturalnej”, która obejmuje koszty obsługi placówki, w tym sprzętu, personelu, czynszu, materiałów itp. Otrzymają Państwo również oddzielny rachunek od lekarza za jego specjalistyczne usługi, znieczulenie i ewentualne usługi laboratoryjne czy histopatologiczne. Placówka, laboratorium, anestezjolog i lekarze to oddzielne podmioty, świadczące oddzielne usługi.
2. Aby ułatwić naszym pacjentom realizację tego procesu, roszczenia ubezpieczeniowe będą składane w imieniu pacjenta w towarzystwie ubezpieczeniowym wskazanym podczas rejestracji, jeżeli będziemy dysponować pełną nazwą i adresem towarzystwa ubezpieczeniowego, imieniem i nazwiskiem ubezpieczonego, numerem ubezpieczenia społecznego i datą urodzenia, jak również numerem grupy oraz wszelkimi innymi wymaganymi wcześniejszymi zgodami na przeprowadzenie danego zabiegu.
3. Wszystkie określone kwoty współpłatności muszą być opłacone w momencie udzielania świadczenia lub w terminie określonym w umowie zawartej między pacjentem, ubezpieczycielem i naszym ośrodkiem. Zastrzegamy sobie prawo pobierania kwot współpłatności, udziału własnego i współubezpieczenia po powiadomieniu ubezpieczyciela.
4. Niektórzy ubezpieczyciele wymagają wcześniejszej certyfikacji, wcześniejszej autoryzacji lub pisemnego skierowania. Obowiązkiem pacjenta jest zrozumienie wymogów planu ubezpieczeń i pozyskanie odpowiedniej zgody przynajmniej na 3 dni przed planowaną datą udzielenia świadczenia. Niedopełnienie obowiązku może spowodować odrzucenie roszczenia przez ubezpieczyciela. Jeżeli ubezpieczyciel odrzuci roszczenie lub wstrzyma płatność, obowiązek uregulowania salda może obciążać pacjenta.
5. Jeżeli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące salda, prosimy o kontakt z naszym Biurem ds. rozliczeń (Billing Office) w celu omówienia spraw związanych z Państwa kontem. Nieopłacenie należnych kwot spowoduje przekazanie sprawy do zewnętrznej firmy zajmującej się windykacją należności, co może mieć wpływ na ocenę zdolności kredytowej pacjenta. Koszty prawne oraz koszty windykacji powstałe w związku z dochodzeniem nieopłaconych należności obciążają pacjenta.

Pacjent sporządził Deklarację dotyczącą opieki zdrowotnej <AD>

Pacjent sporządził Deklarację dotyczącą opieki zdrowotnej, która została przekazana Ośrodkowi i umieszczona w dokumentacji medycznej <CHART>

Ośrodek przekazał pacjentowi informacje na temat Deklaracji dotyczącej opieki zdrowotnej.

Przed rozpoczęciem zabiegu pacjentowi przekazano broszurę opisującą prawa i obowiązki pacjenta, jak również stosowane przez Ośrodek zasady odnośnie do Deklaracji dotyczących opieki zdrowotnej.

Zgoda na ujawnienie informacji: Niniejszym wyrażam zgodę, aby **Island Digestive Health Center, LLC** ujawniała wszelkie informacje dotyczące rozliczenia i obsługi konta w związku z udzielonymi świadczeniami.

Cesja świadczeń ubezpieczeniowych: Niniejszym upoważniam **Island Digestive Health Center, LLC** do odbioru świadczeń ubezpieczeniowych, które byłyby należne na moją rzecz z tytułu danego świadczenia. Płatności na rzecz **Island Digestive Health Center, LLC** nie mogą przekraczać łącznej kwoty należnej z tytułu udzielonych świadczeń.

Zapoznałem/Zapoznałam się z powyższą informacją i zobowiązuję się przestrzegać warunków określonych w niniejszym Oświadczeniu pacjenta o przyjęciu odpowiedzialności finansowej. Rozumiem, że ponoszę odpowiedzialność finansową względem ośrodka z tytułu kwot, które nie zostaną pokryte w ramach cesji.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami): _____

Podpis pacjenta: _____

Przedstawiciel Ośrodka: _____

Etykieta pacjenta