

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Наш Центр является амбулаторным хирургическим центром, специально предназначенным для гастроэнтерологической практики. Никакие другие медицинские процедуры здесь не выполняются. Миссия Центра заключается в предоставлении качественной медицинской помощи в специализированных амбулаторных условиях, и мы стремимся предоставить каждому пациенту наилучшее обслуживание и уделить каждому персональное внимание.

Вам следует знать, что некоторые из врачей, выполняющих процедуры, могут являться совладельцами этого центра и иметь прямую финансовую заинтересованность в его прибыльности.

Для обеспечения понимания нашими пациентами их финансовой ответственности и наших правил оплаты услуг мы просим Вас уделить несколько минут и ознакомиться с предлагаемым Вашему вниманию документом, а также задать все возникшие у Вас вопросы нашему представителю, ответственному за выставление счетов.

1. Плата, которую мы взимаем за наши услуги, покрывает непрофессиональный компонент Вашей процедуры, также известный как «технический счет» или «счет учреждения», который включает расходы на работу нашего учреждения, в том числе оборудование, персонал, аренду, расходные материалы и т.п. Вы также получите отдельный счет от своего врача за его профессиональные услуги, услуги анестезиолога, и, возможно, за услуги лаборатории по проведению анализов на предмет выявления отклонений от нормы. Наше учреждение, лаборатория, анестезиолог и практикующий врач являются отдельными юридическими единицами, каждая из которых предоставляет отдельные, присущие ей услуги.
2. Для удобства пациентов страховые претензии будут подаваться от имени пациента в страховую компанию, указанную во время регистрации, при условии, что у нас будет полное название и адрес страховой компании, имя и фамилия застрахованного лица, его номер социального страхования и дата рождения, а также номер группы страхования и любые другие необходимые предварительные согласования для проведения процедуры.
3. Мы рассчитываем, что все необходимые доплаты будут осуществляться в момент предоставления услуги или в соответствии с условиями договора между пациентом, страховой компанией и нашим центром. Мы оставляем за собой право взимать доплаты, суммы нестрахуемого минимума (франшизы) и совместного страхования после получения соответствующего уведомления от страховой компании.
4. Некоторые страховые компании требуют предварительной сертификации, предварительного разрешения или письменного направления. Пациент должен понимать требования своей программы медицинского страхования и обеспечить получение надлежащего разрешения по крайней мере за 3 дня до даты предоставления услуги. Невыполнение этого условия может привести к отказу в удовлетворении страховой претензии со стороны страховой компании. Если Ваша страховая компания откажет Вам в удовлетворении страховой претензии или задержит компенсацию, Вам, возможно, придется в конечном итоге полностью уплатить по счету.
5. Если у Вас есть какие-либо вопросы относительно суммы, предъявленной к оплате, свяжитесь с нашим отделом по выставлению счетов, чтобы обсудить свой счет. В случае неоплаты услуг мы обратимся к стороннему агентству по сбору платежей, что может повлиять на Вашу кредитную историю. Издержки на получение юридической помощи и затраты на услуги агентства, понесенные с целью взыскания просроченной задолженности, относятся на счет пациента.

Пациент предоставил предварительные медицинские указания <AD>

Предварительные медицинские указания пациента, предоставленные Центру и включенные в медицинскую карту пациента <CHART>

Центр предоставил пациенту информацию о предварительных медицинских указаниях.

До начала проведения процедуры пациент получил брошюру с изложением его прав и обязанностей, а также правил учреждения относительно предварительных медицинских указаний.

Разрешение на передачу информации: настоящим я даю разрешение **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC** на передачу любой информации, необходимой для выставления и обработки счетов за оказанные мне услуги.

Распределение страховых выплат: настоящим я даю разрешение на предоставление **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC** страховых выплат, в противном случае выплачиваемых мне, за данную услугу. Оплата, предоставляемая **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC**, не должна превышать остаток задолженности за оказанные услуги.

Я прочитал(а) вышеизложенное, понимаю и соглашаюсь с условиями, изложенными в настоящем Подтверждении финансовой ответственности. Я понимаю, что несу материальную ответственность перед Центром за суммы, не предусмотренные данным распределением страховых выплат.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами): _____

Подпись пациента: _____

Представитель Центра: _____

