

ODPOWIEDZIALNOŚĆ FINANSOWA PACJENTA

Dziękujemy za wybranie Chicago Health Medical Group do opieki nad Twoim zdrowiem. Naszym zamiarem jest zapewnienie Tobie i Twojej Rodzinie najlepszej opieki lekarskiej. Aby upewnić się, że wszystkie Twoje medyczne potrzeby będą zaspokojone, nasz wydział księgowy jest zawsze do Twojej dyspozycji, gotowy odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące opłat.

Prosimy, aby wszystkie odpowiedzialne osoby przeczytały i podpisały niniejszy dokument oraz wypełniły załączone formularze przed spotkaniem z lekarzem.

Za wizyty i wszelkie zabiegi opłaty pobierane są natychmiast. Przyjmujemy gotówkę, czeki oraz karty kredytowe (Visa, MasterCard, Discover i American Express). Dla Twojej wygody, Chicago Health Medical Group wyśle rachunki do Twojej firmy ubezpieczeniowej, ale musisz pamiętać, że to Ty jesteś odpowiedzialny(a) za całą opłatę.

(Wpisz swoje inicjały)

_____ 1. Twoje ubezpieczenie jest kontraktem pomiędzy Tobą, Twoim pracodawcą i kompanią ubezpieczeniową. My nie jesteśmy częścią tego kontraktu. Współpracujemy z Tobą, nie z kompanią ubezpieczeniową i nie będziemy się angażować w spory pomiędzy Tobą a kompanią ubezpieczeniową, dotyczące udziału własnego, dopłat, opłacanych zabiegów, dodatkowych ubezpieczeń i wszelkich innych kosztów. Jako placówka zdrowia tylko wyślemy aktualne informacje potrzebne ubezpieczalni.

_____ 2. Opłaty za leczenie, które mogą również zawierać poprzednie niezapłacone rachunki, udział własny oraz dopłatę, są wymagane w momencie wizyty. Czeki bez pokrycia będą odzyskiwane wraz z dodatkowymi opłatami.

_____ 3. Jesteś odpowiedzialny(a) za wszystkie swoje rachunki, niezależnie od tego, czy Twoje ubezpieczenie płaci, czy nie. Jeśli Twoja kompania ubezpieczeniowa nie zapłaci w ciągu 60 dni, całość będzie wymagana od Ciebie. Jeśli Twoja kompania ubezpieczeniowa wyśle pieniądze bezpośrednio do Ciebie, musisz bezzwłocznie przekazać je do Chicago Health Medical Group.

_____ 4. Rozumiem i zgadzam się na wzięcie odpowiedzialności za wszelkie koszty sądowe i adwokackie, poniesione przez Chicago Health Medical Group, wynikłe z opóźnienia w zapłaceniu rachunku.

_____ 5. Powyższe punkty nie dotyczą pacjentów objętych ubezpieczeniem od wypadku przy pracy. Pamiętaj jednak, że możesz być obciążony kosztami leczenia w sytuacji nieuznania wypadku przez kompanię ubezpieczeniową.

W Chicago Health Medical Group rozumiemy, że kłopoty finansowe mogą być przyczyną opóźnień płatności, dlatego bardzo usilnie zachęcamy do przedstawienia nam swoich kłopotów, abyśmy mogli pomóc Ci zachować czyste konto. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, prosimy, skontaktuj się z naszym wydziałem księgowym pod numerem (800) 328-0161.

ZGODA NA WYKONANIE PŁATNOŚCI I UDOSTĘPNIENIE HISTORII LECZENIA

Wyrażam zgodę, aby wypłaty dokonane przez moją kompanię ubezpieczeniową były skierowane bezpośrednio do lekarza. Równocześnie zgadzam się zapłacić za zabiegi nie objęte przez moje ubezpieczenie. Zgadzam się również na udostępnienie mojej historii medycznej kompanii ubezpieczeniowej.

Przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) powyższe informacje i zgadzam się wziąć odpowiedzialność za wymienionego niżej Pacjenta.

Imię i Nazwisko Pacjenta (wydrukuj): _____ # konta _____

Podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej _____ Data _____