

Chúng tôi đã tạo ra một Thỏa thuận Chăm sóc Bệnh nhân để tránh sự hiểu lầm. Xin quý vị đọc chính sách này kỹ càng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, một nhân viên của chúng tôi sẽ vui lòng thảo luận về chính sách với quý vị.

- Chúng tôi gửi hóa đơn đến tất cả các công ty bảo hiểm lớn, Medicare, DSHS, L&I, và Tricare.
- Chúng tôi không thể gửi hóa đơn đến bảo hiểm của quý vị cho đến khi chúng tôi nhận được một bản sao tấm thẻ của quý vị. Nếu không có thẻ hoặc bản sao trong hồ sơ, quý vị có thể chịu trách nhiệm cho hóa đơn.
- Nếu quý vị không có bảo hiểm, khoản tiền thanh toán được yêu cầu trả vào thời điểm nhận phục vụ. Chúng tôi nhận biết rằng có những lúc chi trả toàn bộ số tiền là điều không thể được. Hãy liên lạc với văn phòng thanh toán của chúng tôi ở số 360-734-1420 chọn số 3 để tạo một kế hoạch chi trả.
- **KHOẢN TIỀN ĐỒNG THANH TOÁN CẦN ĐƯỢC TRẢ VÀO THỜI ĐIỂM PHỤC VỤ.** Khoản đồng thanh toán là sự thỏa thuận của người mua bảo hiểm và công ty bảo hiểm.
- Chúng tôi không thể chịu trách nhiệm cho một yêu cầu chi trả bảo hiểm vẫn còn tranh cãi. Nếu công ty bảo hiểm từ chối chi trả bảo hiểm vì bất cứ lý do nào hoặc không chi trả, sau cùng thì bệnh nhân phải chịu trách nhiệm về số tiền còn thiếu.
- **TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN**
  1. Bệnh nhân đồng ý cung cấp cho văn phòng của chúng tôi một bản sao của thẻ/phiếu bảo hiểm. Điều này bao gồm thông tin về các chương trình thứ nhì và thứ ba.
  2. Bệnh nhân đồng ý trả khoản đồng thanh toán trong ngày được phục vụ.
  3. Bệnh nhân đồng ý rằng nếu chương trình bảo hiểm của mình cần giấy giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính, đó sẽ là nhiệm vụ của bệnh nhân để có được giấy giới thiệu ấy.
  4. Bệnh nhân đồng ý cung cấp cho Trung tâm Tiêu hóa/Nội soi Tây Bắc (NW Gastroenterology/Endoscopy) những thông tin cập nhật, địa chỉ nhà và số điện thoại. Đối với những bệnh nhân không sống tại Hoa Kỳ, bệnh nhân đồng ý cung cấp và/hoặc giữ một địa chỉ trong Hoa Kỳ.
  5. Bệnh nhân đồng ý trả bất cứ khoản tiền còn thiếu trong vòng 30 sau khi nhận hóa đơn
  6. Bệnh nhân nào hủy bỏ buổi hẹn của họ mà không có sự thông báo tối thiểu (48 giờ) sẽ có nguy cơ bị loại khỏi phòng khám của chúng tôi.
  7. Bệnh nhân nào không đến buổi hẹn và/hoặc thủ thuật của họ sẽ bị phạt tiền không hiện diện.
    - Thủ thuật hoặc Lần thăm khám cho Bệnh nhân mới - \$50.00
    - Lần thăm khám cho Bệnh nhân đã thiết lập - \$25.00
  8. Bệnh nhân đến buổi hẹn trễ 10 phút hoặc hơn có thể bị hẹn lại buổi khác.
  9. Bệnh nhân với các tài khoản chưa trả tiền và/hoặc tài khoản bị gửi đến công ty thu tiền có thể sẽ bị loại khỏi phòng khám của chúng tôi.
  10. Bệnh nhân nào không tuân thủ theo và/hoặc không làm theo những kế hoạch trị liệu được đề cử bởi các bác sĩ của chúng tôi có thể bị loại khỏi phòng khám của chúng tôi.
  11. Bệnh nhân đồng ý rằng nếu một địa chỉ email được cung cấp, bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm thông báo cho chúng tôi biết bất kỳ thay đổi địa chỉ email nào.
  12. Bệnh nhân chịu trách nhiệm cho việc truy cập email và thừa nhận rằng văn phòng của chúng tôi không thể chịu trách nhiệm cho bất cứ thành viên gia đình và/hoặc bạn bè mà có thể truy cập thông tin của mình.
- Trung tâm Tiêu hóa Tây Bắc sẽ dùng mọi nỗ lực để làm việc với quý vị để sắp đặt việc thanh toán hóa đơn của quý vị một cách thỏa mãn. Tuy nhiên, nếu khoản tiền trả không nhận được trong vòng 90 ngày từ ngày phục vụ và quý vị đã không liên lạc với văn phòng để sắp xếp một kế hoạch chi trả, các hoạt động thu nợ sẽ bắt đầu. Trung tâm Tiêu hóa Tây Bắc sử dụng dịch vụ của một cơ quan chuyên thu nợ bên ngoài.

**TIẾT LỘ CÁC PHÚC LỢI VÀ THÔNG TIN:** Tôi cho phép bác sĩ hoặc công ty bảo hiểm tiết lộ bất cứ thông tin gì cho yêu cầu chi trả bảo hiểm của tôi. Tôi cho phép các phúc lợi bảo hiểm của tôi được trả thẳng cho bác sĩ. Tôi chịu trách nhiệm tài chính cho bất cứ khoản tiền còn thiếu. Tôi hiểu rằng Trung tâm Tiêu hóa Tây Bắc (NW Gastroenterology) sẽ không gửi hóa đơn thanh toán đến hãng bảo hiểm của tôi trừ khi tôi cung cấp cho trung tâm một bản sao hiện tại của thẻ bảo hiểm của tôi và trừ khi tôi làm như vậy, một mình tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm cho tất cả hóa đơn của mình.

**Tôi đã đọc và hiểu Thỏa thuận Chăm sóc Bệnh nhân như đã ghi chú ở trên.**

Chữ ký của Bệnh nhân

Ngày

Xin viết họ tên bằng chữ in

Ngày sinh nhật