

Мы подготовили *Договор о лечении пациента*, чтобы предотвратить возникновение недоразумений. Пожалуйста, прочитайте внимательно следующие правила. Если у Вас возникнут вопросы, наш сотрудник с удовольствием ответит на них.

- Мы отправляем счета во все ведущие частные страховые компании: Medicare, DSHS, L&I и Tricare.
- Мы не можем отправить счет в страховую компанию до тех пор, пока мы не получим копию Вашей карточки застрахованного лица. Если Вы не предоставите свою карточку или ее копию, Вам придется нести финансовую ответственность за медицинские услуги.
- Если у Вас нет страховки, Вам необходимо оплатить стоимость услуг во время предоставления медицинских услуг. Мы с пониманием относимся к тому, что бывают случаи, когда полная оплата невозможна. Пожалуйста, свяжитесь с нашей бухгалтерией по телефону **360-734-1420** и **нажмите кнопку 3** для оформления платежа в рассрочку.
- **ЛИЧНОЕ УЧАСТИЕ ЗАСТРАХОВАННОГО В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (CO-PAYS) НЕОБХОДИМО ОПЛАЧИВАТЬ В МОМЕНТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.** Личное участие застрахованного в оплате (co-pay) – это соглашение между застрахованным лицом и страховой компанией.
- Мы не можем нести расходы по суммам, которые отказалась оплатить страховая компания, или оплата которых находится в состоянии спора со страховой компанией (disputed claim). Если Ваша страховая компания отказала Вам в оплате медицинских услуг или отозвала платеж, Вы сами несете ответственность за долг.

ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

1. Пациент согласен предоставить нам действительную копию карточки застрахованного/купона. Это касается также информации о второй и третьей страховках.
 2. Пациент согласен оплатить свое участие в страховке (co-pay) в день предоставления услуг.
 3. Пациент согласен с тем, что, в случае если по условиям страховки требуется направление основного лечащего терапевта, пациент сам несет за это ответственность.
 4. Пациент согласен предоставить Центру эндоскопии NW Gastroenterology/Endoscopy свежую информацию, домашний адрес и номера телефонов. Пациенты, не живущие в Соединенных Штатах, должны предоставить и/или сохранять адрес в Соединенных Штатах.
 5. Пациент согласен оплатить баланс на счете в течение 30 дней после получения счета.
 6. Пациенты, отменившие прием у врача без предварительного уведомления (за 48 часов) рискуют получить отказ в получении медицинских услуг в нашем Центре.
 7. Пациенты, не явившиеся на прием и/или процедуру, должны оплатить счет за пропущенный прием у врача.
 - Процедура или прием нового пациента - \$50.00
 - Прием постоянного пациента - \$25.00
 8. Пациенты, опоздавшие на 10 или более минут, могут быть назначены на другое время.
 9. Пациентам, имеющим неоплаченные счета и/или счета, направленные в коллекторское агентство, может быть отказано в наших услугах.
 10. Пациентам, не выполняющим рекомендации врача и/или не следующим этим рекомендациям, может быть отказано в наших услугах.
 11. Пациент согласен с тем, что, если мы получили электронный адрес пациента, пациент несет ответственность за сообщение нам нового адреса.
 12. Пациент несет ответственность за доступ к своей электронной почте и согласен с тем, что наш Центр не может нести ответственность за доступ к этой информации со стороны родственников и/или друзей.
- Центр NW Gastroenterology приложит все усилия, чтобы помочь Вам оплатить счет. Однако в случае отсутствия оплаты в течение 90 дней после предоставления услуг и отсутствия оформленной рассрочки (payment plan), мы обратимся в коллекторское агентство. Центр NW Gastroenterology пользуется услугами внешнего коллекторского агентства.

РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ: *Я разрешаю лечащему врачу или страховой компании разглашать любую информацию, содержащуюся в документах, отправляемых в страховую компанию для оплаты (claims). Я даю разрешение на то, что страховая компания заплатит непосредственно лечащему врачу. Я несу финансовую ответственность за любой неоплаченный остаток. Я понимаю, что Центр NW Gastroenterology не будет подавать счета в мою страховую компанию до тех пор, пока я не предоставлю действительную*

карточку застрахованного, а, если я этого не сделаю, я буду полностью нести финансовую ответственность за свой счет на медицинские услуги.

Я прочитал(а) и понимаю Договор о лечении пациента выше.

Подпись пациента

Дата

Имя печатными буквами

Дата рождения