

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Центр «Ambulatory Surgery Center» был специально создан для проведения гастроэнтерологических процедур - никакие другие медицинские процедуры тут не проводятся. Цель Центра - предоставлять качественную помощь в специализированных амбулаторных объектах, и мы стремимся обеспечивать каждому пациенту наивысший уровень обслуживания и внимание к его конкретным требованиям.

Пожалуйста, примите к сведению, что некоторые врачи, проводящие процедуры, могут иметь долю участия в капитале этого центра.

Мы хотим гарантировать то, что наши пациенты понимают свою финансовую ответственность и нашу политику относительно платежей, и потому мы просим Вас изучить этот документ и задать возникшие у Вас вопросы нашему сотруднику, отвечающему за платежи.

1. Плата, которую мы взимаем за наши услуги, включает компонент, не являющийся профессиональной деятельностью (плата за «технические» аспекты), который включает стоимость функционирования этого учреждения, включая оборудование, персонал, аренду, материалы и т.д. Вы также получите отдельный счет из кабинета врача за предоставление профессиональных услуг, анестезии и, возможно, лабораторных услуг по проведению патологических исследований. Учреждение, лаборатория, специалисты в области анестезии и кабинеты врачей являются отдельными юридическими объектами, которые предоставляют отдельные и различные услуги.
2. Желая помочь нашим пациентам, мы отправляем страховые требования от имени пациента в страховую компанию, указанную во время регистрации, при условии того, что мы располагаем полным названием компании, ее адресом, именем застрахованного лица, номером социального страхования и датой рождения, а также номером группы и любыми другими сведениями, необходимыми для этой процедуры.
3. Мы ожидаем, что все дополнительные платы будут выплачены в момент предоставления услуги или согласно условиям соглашения между пациентом, страховщиком и нашим центром. Мы сохраняем за собой право взимать дополнительные платы, франшизу и сумму страхования, приходящуюся на страхователя, после получения уведомления от страховщика.
4. Некоторые страховщики требуют предварительную сертификацию, предварительную авторизацию или письменное направление. Ответственностью пациента является то, что он должен понимать требования страхового плана и обеспечить получение надлежащей авторизации в течение по крайней мере за три дня до даты предоставления услуги. Невыполнение этого условия может привести к отказу в удовлетворении требований со стороны страховщика. Если Ваш страховщик откажет в удовлетворении требований или задержит платеж, Вы будете нести ответственность за баланс.
5. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно баланса, пожалуйста, свяжитесь с нашим Отделом приема платежей, чтобы обсудить свой счет. Несовершение платежа приведет к передаче вопроса во внешнее агентство по сбору платежей, что скажется на кредитной истории пациента. Издержки на получение юридической помощи и расходы на сбор средств, понесенные при получении подлежащих оплате сумм, будут являться ответственностью пациента.

У пациента есть предварительные медицинские указания  Да  Нет

Предварительные медицинские указания пациента предоставлены СНЕ и включены в медицинскую карту

Да  Нет

Предварительные медицинские указания были предоставлены пациенту центром.

Перед проведением процедуры пациенту была предоставлена брошюра, в которой изложены права и обязанности пациента, а также политика учреждения относительно предварительных медицинских указаний.

Разрешение на раскрытие информации: Настоящим я уполномочиваю эндоскопический центр «**Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC**» раскрывать любые сведения, необходимые для выставления счета и получения платежей за предоставленные услуги.

Передача страховых выплат: Настоящим я даю разрешение на передачу страховых выплат, которые в иных обстоятельствах выплачиваются мне, центру «Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC» за эти услуги. Плата центру «Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC» не должна превышать сумму, подлежащую к оплате за предоставленные услуги.

***Я прочитал вышеизложенное, и я понимаю и соглашаюсь с указанными условиями этого «Подтверждения финансовой ответственности». Я понимаю, что я несу финансовую ответственность перед центром за платежи, не охваченные этим подтверждением.***

**Имя пациента (печатными буквами):** \_\_\_\_\_

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_

**Представитель центра:** \_\_\_\_\_

Patient Label