Финансовое соглашение медицинского центра "Valley Medical Center"

UW Medicine
VALLEY MEDICAL CENTER
Remarkable things happen here.™

Расписываясь внизу, я соглашаюсь с нижеследующим:

1. Я несу ответственность за уплату суммы финансового обязательства пациента до или в момент получения услуги. Суммы могут измениться, исходя из предоставленных услуг, и я буду нести ответственность за уплату любой оставшейся суммы финансового обязательства пациента по получении счета.
2. В случае если я подписываю этот документ в качестве представителя пациента, я лично принимаю на себя ответственность за уплату суммы финансового обязательства пациента.
3. Если я замужем (женат), супруг(-а) настоящим документом обязывается уплатить сумму финансового обязательства пациента.
4. Если я охвачен(-а) страховым покрытием, на мне лежит обязанность понимать мои льготы и представить карточку моей медицинской страховки. Информация, имеющаяся на карточке страховки, будет использована а) для извещения страховых компаний в следующий рабочий день о госпитализации, всех хирургических визитах и визитах в отделение неотложной помощи и б) для выставления счетов в соответствии с инструкциями моего плана страхования.
5. Если карточка или документ, подтверждающие факт страхового охвата, не будут предоставлены, и если страховая компания откажется платить, или если в оплате отказано, потому что будет установлено, что "Valley Medical Center" или "Clinic Network" являются поставщиками услуг, не имеющими договора со страховой компанией, то я понимаю, что "Valley Medical Center" возложит оплату моего счета на меня.
6. "Valley Medical Center" может делиться любой финансовой информацией, предоставленной мной, с правомочными организациями, чтобы содействовать произведению платы.
7. Выплатить центру "Valley Medical Center" задолженности, оставшиеся после того, как будет выплачено страховое возмещение, за исключением случаев, когда это запрещено законом или договором.
8. Уведомить "Valley Medical Center" об изменениях моего страхового охвата и (или) адреса.
9. "Valley Medical Center" может наложить обоснованно необходимые проценты, взыскать штраф за просрочку платежа, расходы на адвоката и (или) умеренные гонорары адвоката, если плата по моему счету будет просрочена.
10. Уведомить отдел обслуживания клиентов центра "Valley Medical Center", если я не смогу выплатить свою задолженность, подлежащую оплате, в течение 30 дней после получения счета.
11. Подать заявление в другие программы получения финансовой помощи, на которые я могу иметь право, по требованию центра "Valley Medical Center", если я буду не в состоянии платить по моему счету.
12. Любой судебный иск с целью взыскать плату по моему счету может быть подан в округе King County, штат Вашингтон.
13. "Valley Medical Center" может перестать предоставлять Вам медицинские услуги, если Ваш счет считается имеющим задолженности и отослан в агентство, официально занимающееся взысканием неуплаченных платежей. Все решения, касающиеся этого, будут основываться на тщательном рассмотрении Вашего счета.

Я понимаю, что:

- **Касается ТОЛЬКО пациентов, имеющих медицинскую страховку Medicare и Medicaid:** Клиника, в которой у меня сегодня состоится прием, ☐ является или ☐ не является базирующейся в больнице клиникой. Если эта клиника является базирующейся в больнице клиникой, то обычно я получу два счета: один счет от больницы (за расходы заведения, в том числе за содержание здания, оборудование, материалы и время, потраченное персоналом) и один счет от врача или иного поставщика услуг (за стоимость услуг специалистов). Каждый из этих счетов может повлечь обязательство доплаты со стороны пациента или совместного страхования в зависимости от условий моего объема страховой защиты. Точная сумма совместного страхования или доплаты со стороны пациента будет зависеть от фактически оказанных услуг и условий объема страховой защиты имеющейся у меня страховки.
- Возможно, я получу дополнительные счета от врачей, которые предоставили последующую медицинскую помощь в результате услуг, полученных в центре "Valley Medical Center", в том числе в клиниках центра и его вспомогательных службах. Некоторые из этих поставщиков услуг могут быть на договоре с центром "Valley Medical Center", тогда как другие являются независимыми частнопрактикующими поставщиками медицинских услуг. За получением дополнительной информации о других поставщиках услуг, которые могут выставлять счета, обратитесь к брошюре "Важная информация о вашем счете" или финансовой политике сети клиник "Clinic Network".
- Я понимаю, что некоторые услуги могут не оплачиваться моей страховкой или планом государственного страхования, например, ежегодный медицинский осмотр или медицинские принадлежности. Подробно это объясняется в брошюре "Важная информация о вашем счете" и финансовой политике сети клиник "Clinic Network".
- Плата за услуги, связанные со случайной травмой, например, полученной в автомобильной аварии или на производстве, также может быть исключена моим планом страхования здоровья.
- "Valley Medical Center" просит предоставить мой номер социального обеспечения (Social Security Number), и если я его предоставлю, центр будет его использовать, чтобы способствовать доступу к любым потенциальным федеральным льготам медицинского страхования или льготам штата, чтобы проверить мою идентификационную информацию или организовать планирование выписки из больницы. Предоставление моего номера социального обеспечения является добровольным, за исключением случаев, когда подается заявление на получение льгот медицинского страхования штата или федеральных льгот медицинского страхования.
- Обратиться к информации о моей кредитной истории потребителя можно будет на следующих основаниях: (1) чтобы определить, какая

(продолжение на обратной стороне)

Финансовое соглашение медицинского центра "Valley Medical Center"

для меня имеется финансовая помощь; (2) для получения помощи в организации процесса оплаты или (3) если я сообщу, что произошла кража моих личных данных.

- Пока по моим счетам не будет уплачено, я соглашаюсь, чтобы центр "Valley Medical Center" и любые представители, действующие от его имени, могли связаться со мной в отношении моих счетов с помощью различных способов, включая, без ограничения, 1) по номеру(-ам) сотового, домашнего телефона или номеру для СМС-сообщений, которые я предоставляю; 2) по адресу электронной почты, предоставленному мной, 3) с помощью системы автоматического наборного устройства и 4) с помощью предварительно записанных звуковых сообщений звуковой почты.
- Через 30 дней после первого сводного счета на суммы, не оплаченные медицинской страховкой, начнет начисляться финансовый сбор, составляющий 1% в месяц. Если ожидается оплата по вашему счету медицинской страховкой, то финансовый сбор начнет начисляться на остаток, оплачиваемый из своего кармана или подлежащий уплате вами, через 30 дней после получения медицинским центром "Valley Medical Center" оплаты от вашей страховки.

Передача информации: За исключением случаев, когда я дам указание центру "Valley Medical Center" не выставлять счета моей страховой компании и произведу оплату лично в момент получения услуги, настоящим я разрешаю центру "Valley Medical Center" передавать всю мою документацию полностью или частично и любую иную информацию, имеющуюся в распоряжении центра "Valley Medical Center", любому лицу или организации, которое является ответственным или может нести ответственность полностью или частично за все расходы, связанные с получаемой мной медицинской помощью в центре "Valley Medical Center", включая, без ограничения, страховщиков, обеспечивающих выплату компенсаций работникам по травмам на производстве, страховые компании, фонды социального развития или моего работодателя. Настоящим я полностью освобождаю "Valley Medical Center" от всей юридической ответственности или обязательств, которые могут возникнуть из раскрытия моей документации, как предусмотрено в этом параграфе. За исключением случаев, когда я дам указание центру "Valley Medical Center" не выставлять счета моей страховой компании и произведу оплату лично в момент получения услуги, настоящим я разрешаю центру "Valley Medical Center" предоставить запрашиваемую информацию выборки из моей медицинской карты любому страховщику, его представителю или другому лечебному учреждению для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи.

Передача страховых льгот: Настоящим я передаю все льготы, выплачиваемые мне моей страховой компанией, центру "Valley Medical Center" на период госпитализации и (или) лечения и получения услуг, включая визиты в клинику.

Передача финансовой ответственности представителю (если это не пациент): Настоящим я передаю финансовую ответственность за сумму финансового обязательства пациента любой стороне, соглашающейся действовать в качестве представителя от моего имени на период госпитализации и (или) лечения и получения услуг, включая визиты в клинику.

Получатели Medicare: Заявление о разрешении оплаты поставщику услуг льгот Medicare

Я запрашиваю оплату утвержденных льгот Medicare за любые услуги, предоставленные мне медицинским центром "Valley Medical Center". Я разрешаю любому лицу, имеющему медицинскую и иную информацию обо мне, передавать Medicare и ее представителям любую информацию, необходимую для определения этих льгот или льгот для связанных с этим услуг. Я прошу, чтобы от моего имени были сделаны утвержденные льготы.

Я передаю плату за сборы, выставленные любым врачом(-ами), за которого(-ых) центр "Valley Medical Center" уполномочен выставлять счета вместе со сборами за услуги центра. Я понимаю, что я несу финансовую ответственность за уплату любой дополнительной платы в рамках медицинской страховки, нестрахуемого минимума, совместного страхования и (или) за услуги, не оплачиваемые страховкой. Меня заранее уведомят об услугах, которые не считаются страховкой Medicare необходимыми с медицинской точки зрения, и будут заключены соглашения о финансировании, если я захочу, чтобы эту процедуру мне сделали. Medicare может не считать некоторые процедуры, назначенные моим врачом, необходимыми с медицинской точки зрения. Вы меня заранее уведомите о стоимости таких услуг, чтобы я смог(-ла) обсудить это с моим врачом и принять решение. Если я решу получать эти услуги, я буду работать с вами над тем, чтобы договориться о личной оплате.

Получатели Medicaid: Я понимаю, что мои льготы Medicaid не оплачивают определенные услуги, и подтверждаю, что я буду нести финансовую ответственность за оплату таких услуг, включая, без ограничения, стоматологическое лечение, не неотложную помощь, обрезание крайней плоти полового члена у младенцев и консультирование о питании, за исключением консультирования, проводимого для диабета. Если у меня есть покрытие только для регулирования рождаемости, я понимаю, что от меня потребуется оплатить все другие услуги.

Финансовая помощь: Медицинский центр "Valley Medical Center" стремится обеспечить необходимые с медицинской точки зрения услуги медицинской помощи всем лицам, нуждающимся в такой помощи, независимо от способности платить. Если я буду соответствовать критериям нуждающегося в медицинской помощи, как указывается в WAC 246-453, сумма финансового обязательства пациента может быть снята или снижена в соответствии с политикой благотворительного оказания медицинской помощи центра "Valley Medical Center".

ПОДПИСЬ: _____

(ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛИЦА, УПОЛНОМОЧЕННОГО ДАВАТЬ РАЗРЕШЕНИЕ)

Дата: _____

Если подписано не пациентом,
укажите, кем приходитесь пациенту: _____

Укажите причину, если пациент неспособен подписать: _____

_____

Получено ли устное согласие? ☐ Нет ☐ Да

© 2013 VMC (Rev 5/13) Form # 96-23410