

FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE
ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

By signing below, I agree:

Ниже подписавшись, я соглашаюсь:

1. С тем, что организации UW (Университета Вашингтона): Медицинский центр и клиники Harborview (HMC), Медицинский центр и клиники Northwest Hospital (NWH), Медицинский центр и клиники Университета Вашингтона (UWMC), Медицинский центр и клиники Valley Medical (VMC), клиники UW Medicine Neighborhood (UWNC), клиника спортивной медицины Университета Вашингтона (UW Sports Med), Терапевтический медицинский центр Hall Health (HHPCC), и врачи Университета Вашингтона (UWP) (в общности известны как "UW Medicine"), Школа стоматологии Университета Вашингтона (SOD), Медицинская детская группа Университета (CUMG) и Альянс лечения рака Сиэтла (SCCA) могут выдавать любую предоставленную мной медицинскую информацию в целях получения оплаты.
2. Оплатить UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG и/или SCCA остаточный баланс после оплаты страховкой, если такое не запрещено законом или контрактом.
3. Известить UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG и/или SCCA об изменениях страхового покрытия и/или адреса.
4. С тем, что UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG и/или SCCA могут установить процентную ставку на оплату, оплату за просрочку, стоимость и/или разумные оплаты адвоката в случае, если счёт останется неоплаченным.
5. Известить UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG, и/или SCCA, если я не могу оплатить свой балансовый счёт в течение 30 дней после получения.
6. По запросу UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG и/или SCCA подать заявление на помощь от других финансовых программ, на которые я могу рассчитывать в случае моей невозможности оплатить свой счёт.
7. С тем, что может быть возбуждено любое судебное разбирательство в округе Кинг, штат Вашингтон в целях сбора долгов по моему счёту.
8. Получать информацию, относящуюся к лечению, оплате или медицинским действиям, включая получение автоматических и предварительно записанных телефонных сообщений и/или текстовых сообщений по любому предоставленному мной номеру и, если мой номер будет не действительный, то по любому другому номеру, который может относиться ко мне.
9. С тем, что UW Medicine и **VMC** могут, по своему усмотрению, выдать соответствующим сторонам мою историю болезни и описание причин медицинских действий, напр. страховой компании для оплаты.

I understand that:

Я сознаю, что:

- Каждая организация UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG, и/или SCCA требуют оплату за свои услуги отдельно.
- Пациенты, получающие амбулаторные услуги в организациях UWMC или HMC и в некоторых участках **VMC**, в общем случае получают два требования оплаты: один счёт от врача или от другого медработника (за стоимость профессиональных услуг) и один счёт от госпиталя (за стоимость пользования учреждением, т.е. оборудованием здания, расходными материалами, за время персонала), Каждый из этих счетов может включать обязательство доплаты или со-страхования, в зависимости от моего страхового покрытия. Точные суммы страховой доплаты и со-страхования будут зависеть от действительно оказанных услуг и условий моего страхового покрытия. В некоторых случаях пациенты платят больше за некоторые амбулаторные услуги и процедуры в госпитальных амбулаторных клиниках. Сумма будет зависеть от моей страховки. Я могу проверить мои страховые условия или обратиться к страховой компании, чтобы выяснить что будет оплачено страховкой и что нужно оплачивать лично. По моему запросу клиника или госпиталь предварительно предоставят мне оценочные суммы оплат амбулаторных услуг, которые мне могут быть оказаны.
- UW Medicine и **VMC** запросит и, если я предоставлю, воспользуются моим номером социального страхования для получения доступа к моим возможным федеральным или региональным медицинским пособиям для проверки моей личности или организации запланированной выписки. Предоставление моего номера социального страхования является добровольным, кроме случаев заявления на получение региональных и федеральных медицинских пособий.
- Мой потребительский кредитный отчёт может быть затребован по следующим причинам: определение возможности получения финансовой помощи, содействия в процессе оплаты, или если я заявляю, что мои личные данные были похищены.
- В рамках наших правил расчетов и сбора долгов мы сохраняем за собой право подать запрос на удержание средств должников **VMC** в целях получения оплаты по их задолженностям.
- Вы можете получить дополнительные счёта от врачей, предоставлявших услуги по лечению в результате вашего посещения клиники, амбулаторного отделения или госпиталя. Некоторые из этих медработников могут быть подрядчиками **VMC**, тогда как другие являются независимыми поставщиками медицинских услуг в частных практиках. Например, такие провайдеры как Valley Anesthesia Associates, Associated Emergency Providers, Incyte Diagnostics (Pathology), Vantage Radiology and Diagnostics, LabCorp (Laboratory)



Patient Label

FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE
ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

- VMC обязан устанавливать оплату в соответствии с типом посещения и предоставленными услугами во время вашего приема. За приемы в кабинете врача, совмещающие профилактический и лечебный уход, будет требоваться раздельная оплата, а также могут потребоваться дополнительные оплаты пациента, такие как доплаты или страховые удержания.
- Оплата страховой доплаты требуется во время регистрации. Пожалуйста, имейте в виду сумму доплаты и будьте готовы её оплатить. Пациентам, не готовым оплатить в день получения услуг, посещение будет перенесено, кроме неотложных медицинских случаев. Иначе пациент должен будет дополнительно оплатить сумму в размере \$30.
- Мы принимаем оплату чеком, картой Visa, MasterCard, или через наш сайт <http://www.valleymed.org/Patients-and-Visitors/MyChart-Online-Billing-Notice/>. Оплата наличными больше не принимается в наших клиниках по причинам безопасности. Мы выдаём квитанции на все оплаты. Пожалуйста, сохраните эти квитанции для своей информации.
- Если вы не имеете страхового покрытия или не желаете воспользоваться страховкой для оплаты услуг, от вас ожидается внесение депозита во время получения услуг. Если эта оплата добросовестно сделана во время оказания услуг, вам за них будет предоставлена 40%-я скидка, за исключением таких услуг, как косметические или экспериментальные процедуры. Помните, что услуги, предоставленные внешними организациями, не будут включены в эту оплату (см. выше об этих вспомогательных услугах).
Сумма депозита следующая: Клиники терапии и неотложной помощи: \$125.00
Клиники специального лечения: \$140.00
- В случае, если я подписываюсь как агент пациента, я лично принимаю ответственность за оплату услуг пациента.

Statement to Permit Payment of Medicare or Insurance Benefits to Provider

Заявление о разрешении оплаты медицинской организации от Medicare или страховых пособий Я прошу произвести оплату предписанных мне пособий по Medicare или страховке за любые услуги, оказанные мне со стороны UW Medicine, VMC, SOD, CUMG, и/или SCCA. Я даю разрешение любому держателю медицинской и иной информации обо мне о выдаче Medicare [и её агентам] или иным страховым организациям любой информации, необходимой для расчёта суммы этих пособий за соответствующие услуги.

Signature (Patient or Person Authorized to Give Authorization) Подпись (Пациент или лицо, уполномоченное выдать разрешение)		Date Дата
If Signed by Person Other than Patient, Check Relationship to Patient Если подписано лицом, отличным от пациента, отметить отношение к пациенту:		
<input type="checkbox"/> 1. Guardian Опекун	<input type="checkbox"/> 2. Durable Power of Attorney for Health Care Доверенное лицо в медицинских делах	<input type="checkbox"/> 3. Spouse/registered domestic partner Супруг/законный дом. партнёр
<input type="checkbox"/> 4. Adult Child(ren) Взрослые дети	<input type="checkbox"/> 5. Parent(s) Родители	<input type="checkbox"/> 6. Adult Brother(s)/Sister(s) Взрослое лицо (братья/сестры)
FOR MINOR PATIENTS: ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ:		
<input type="checkbox"/> 1. Guardian/legal custodian Опекун/Законный попечитель	<input type="checkbox"/> 2. Court-authorized person for child Лицо, назначенное судом для ребёнка	<input type="checkbox"/> 3. Parent(s) Родители
FOR STAFF USE ONLY: I have offered information about our Financial Assistance Policy to the patient/and or guardian <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		



Patient Label