

## THỎA THUẬN TÀI CHÍNH & ĐỒNG Ý CÔNG BỐ THÔNG TIN FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE

Với việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý:

By signing below, I agree:

1. Rằng các trung tâm thuộc UW: Harborview Medical Center and Clinics (HMC), Northwest Hospital & Medical Center and Clinics (NWH), University of Washington Medical Center and Clinics (UWMC), Valley Medical Center and Clinics (VMC), UW Medicine Neighborhood Clinics (UWNC), UW Medicine Sports Medicine Clinic (UW Sports Med), Hall Health Primary Care Center (HHGCC), và University of Washington Physicians (UWP) (được gọi chung là “UW Medicine”), University of Washington School of Dentistry (SOD), Children’s University Medical Group (CUMG) và Seattle Cancer Care Alliance (SCCA) có thể chia sẻ bất kỳ thông tin tài chính nào mà tôi cung cấp để tạo điều kiện thuận lợi cho việc thanh toán.
2. Chi trả cho UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG và/hoặc SCCA những khoản còn thiếu sau khi được bảo hiểm thanh toán, trừ khi bị cấm bởi pháp luật hoặc hợp đồng.
3. Thông báo cho UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG và/hoặc SCCA về các thay đổi của phạm vi bảo hiểm và/hoặc địa chỉ của tôi.
4. Rằng UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG và/hoặc SCCA có thể áp dụng lãi suất hợp lý, chi phí chậm trễ, phí tổn và/hoặc chi phí thuê luật sư hợp lý nếu tôi trễ hạn thanh toán.
5. Thông báo cho UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG, và/hoặc SCCA nếu tôi không thể thanh toán khoản còn thiếu trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận biên lai.
6. Tham gia vào các chương trình tài chính khác mà tôi hội đủ điều kiện và được UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG và/hoặc SCCA yêu cầu, nếu tôi không thể trả những khoản phải trả.
7. Rằng việc kiện tụng về vấn đề thu hồi khoản phải trả của tôi có thể bị đưa ra ở Hạt King, Washington.
8. Nhận thông tin liên quan đến hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe, bao gồm nhận các cuộc gọi tự động và các tin thoại được ghi âm trước và/hoặc tin nhắn văn bản tới bất kỳ số điện thoại nào mà tôi cung cấp, nếu không, tới bất kỳ số điện thoại nào hợp lý mà tôi có thể tìm thấy để có thể phối hợp thực hiện.
9. Rằng UW Medicine và VMC có thể, theo ý của mình, tiết lộ cho các bên thích hợp về bệnh án hoặc thông tin từ bệnh án của tôi nhằm mục đích điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, v.d.: Công ty bảo hiểm của tôi để thanh toán.

Tôi hiểu rằng:

I understand that:

- Mỗi trung tâm thuộc UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG, và/hoặc SCCA sẽ yêu cầu thanh toán độc lập cho các dịch vụ của họ.
- Các bệnh nhân nhận dịch vụ ngoại trú tại các địa điểm của UWMC hoặc HMC và một số địa điểm của **VMC** thường sẽ nhận được hai hóa đơn: một hóa đơn từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác (cho chi phí dịch vụ chuyên môn) và một hóa đơn từ bệnh viện (cho chi phí cơ sở, v.d. cơ sở hạ tầng, thiết bị, vật tư, nhân công). Mỗi hóa đơn này có thể chịu trách nhiệm thanh toán chi phí đồng trả hoặc đồng bảo hiểm, phụ thuộc vào phạm vi bảo hiểm của tôi. Khoản chính xác của chi phí đồng bảo hiểm hoặc đồng trả phụ thuộc vào các dịch vụ thực tế được cung cấp và điều khoản bảo hiểm của bất kì bảo hiểm nào mà tôi có. Đôi khi bệnh nhân phải trả nhiều hơn cho một số dịch vụ ngoại trú và thủ tục nhất định tại bệnh viện nơi ngoại trú. Khoản thanh toán sẽ phụ thuộc vào bảo hiểm của tôi. Tôi có thể xem xét lại các khoản trợ cấp bảo hiểm hoặc liên hệ công ty bảo hiểm để tìm hiểu về những chi phí mà hợp đồng bảo hiểm sẽ trả và những chi phí tiền túi mà tôi có thể phải tự trả. Theo yêu cầu của tôi, nhân viên phòng khám hoặc bệnh viện sẽ cung cấp cho tôi ước tính về chi phí cho dịch vụ ngoại trú mà tôi có thể phải trả.
- Các yêu cầu của UW Medicine và **VMC** và, nếu tôi cung cấp, có thể sử dụng Số An sinh Xã hội của tôi để thuận lợi truy cập vào bất kỳ lợi ích chăm sóc sức khỏe tiềm năng nào của liên bang hoặc tiểu bang, để xác minh danh tính của tôi, hoặc để thuận lợi cho việc xuất viện. Việc cung cấp Số An sinh Xã hội của tôi là tự nguyện trừ khi nộp đơn xin trợ cấp chăm sóc sức khỏe của tiểu bang hoặc liên bang..
- Thông tin Báo cáo Tín dụng Tiêu dùng của tôi có thể được tiếp cận vì những lí do sau: để xác minh hỗ trợ tài chính khả dụng, hỗ trợ cho việc quản lý quá trình thanh toán, hoặc nếu tôi báo cáo rằng thông tin của tôi đã bị đánh cắp.

\*201192\*

Patient Label

**THỎA THUẬN TÀI CHÍNH & ĐỒNG Ý CÔNG BỐ THÔNG TIN  
FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE**

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn bổ sung từ bác sĩ chăm sóc sau chuyến thăm khám tại phòng khám, cơ sở ngoại trú hoặc bệnh viện của chúng tôi. Một số nhà cung cấp có thể đã ký hợp đồng với VMC, trong khi một số khác là nhà cung cấp y tế độc lập hoạt động tư nhân. Ví dụ, quý vị có thể nhận được các hóa đơn riêng biệt từ: bác sĩ bệnh lý, bác sĩ X-quang, Bác sĩ tim mạch hoặc Dịch vụ Xét nghiệm (PACLAB).
- Việc thanh toán chi phí đồng trả sẽ được yêu cầu khi làm thủ tục tiếp nhận. Vui lòng biết khoản chi phí đồng trả của quý vị và chuẩn bị sẵn tiền để thanh toán. Trường hợp bệnh nhân không chuẩn bị tiền để thanh toán trong ngày làm việc sẽ được yêu cầu thanh toán vào thời gian khác trừ trường hợp cấp cứu hoặc sẽ chịu phí thanh toán \$30.
- Chúng tôi chấp nhận thanh toán bằng chi phiếu (séc), Visa, MasterCard, hoặc trên trang web [www.valleymed.org](http://www.valleymed.org). Tiền mặt không được chấp nhận tại phòng khám vì lý do an ninh. Chúng tôi sẽ cung cấp biên nhận cho tất cả các thanh toán. Vui lòng giữ biên nhận này để lưu hồ sơ của quý vị.
- Nếu quý vị không có bảo hiểm hoặc chọn không sử dụng bảo hiểm cho buổi khám, một khoản đặt cọc sẽ được yêu cầu tại thời điểm phục vụ. Một khoản giảm giá 40% sẽ được áp dụng cho buổi khám nếu việc thanh toán sòng phẳng được thực hiện vào thời điểm phục vụ. Lưu ý rằng các dịch vụ mà trung tâm bên ngoài cung cấp sẽ không được bao gồm (xem các dịch vụ bổ trợ phía trên).  
Số tiền đặt cọc như sau: Phòng khám Chăm sóc Cơ bản & Cấp cứu: \$125.00  
Phòng khám Chăm sóc Đặc biệt: \$140.00
- Trong trường hợp tôi ký tên dưới đây dưới danh nghĩa là người đại diện của bệnh nhân, tôi tự chịu trách nhiệm pháp lý về các khoản phải trả của bệnh nhân.

**Tuyên bố Cho phép Thanh toán Medicare hoặc Quyền lợi Bảo hiểm cho Nhà cung cấp**

**Statement to Permit Payment of Medicare or Insurance Benefits to Provider**

Tôi yêu cầu thanh toán bằng Medicare hoặc các quyền lợi bảo hiểm được ủy quyền cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp cho tôi bởi UW Medicine, VMC, SOD, CUMG, và/hoặc SCCA. Tôi ủy quyền cho bất kỳ người nào giữ thông tin y tế hoặc thông tin khác về tôi để cung cấp cho Medicare [và các nhân viên của Medicare] hoặc các nhà cung cấp bảo hiểm khác bất kỳ thông tin gì cần thiết nhằm xác định những quyền lợi đối với những dịch vụ liên quan.

<b>Chữ ký</b> (Bệnh nhân hoặc người được ủy quyền) <b>Signature</b> (Patient or Person Authorized to give Authorization)	Ngày/ Date
<p>Nếu được ký bởi người khác, không phải bệnh nhân, vui lòng đánh dấu mối quan hệ với bệnh nhân:</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Người giám hộ / Guardian                <input type="checkbox"/> 2. Giấy uỷ quyền lâu dài về Chăm sóc Sức khoẻ                <input type="checkbox"/> 3. Vợ chồng/Bạn đời đã đăng ký  <input type="checkbox"/> 4. (Những) Trẻ đã thành niên / Adult Child(ren)                Durable Power of Attorney for Health Care                Spouse/registered domestic partner  <input type="checkbox"/> 5. Cha mẹ / Parents                <input type="checkbox"/> 6. Anh/Chị/Em/Adult Brother(s)/Sister(s)         </p> <p><b>ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN NHỎ TUỔI:</b> FOR MINOR PATIENTS</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Người giám hộ hợp pháp                <input type="checkbox"/> 2. Người được ủy quyền của tòa án                <input type="checkbox"/> 3. Cha mẹ / Parents            Guardian/legal custodian                Court-authorized person for child         </p>	

**FOR STAFF USE ONLY:**  
I have offered information about our Financial Assistance Policy to the patient/and or guardian

Yes     
  No

**\*201192\***

Patient Label