

# Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic, S.C

Imie i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

## Główna Polisa Finansowa

- Aby zapewnić najlepszą opiekę medyczną opłata jest wymagana w dniu wizyty.
- Jeżeli pacjent posiada ubezpieczenie, rachunek będzie wysłany do **firmy ubezpieczeniowej wskazanej przez pacjenta w dniu wizyty**.
- Obowiązkiem pacjenta jest poinformowanie nas o zmianach w ubezpieczeniu i adresie. W innym przypadku **pacjent będzie odpowiedzialny** za koszty wizyty i wysłanie odpowiednich dokumentów do firmy ubezpieczeniowej. Prosimy o przynoszenie ważnego dowodu tożsamości i karty ubezpieczeniowej na każdą wizytę.
- Pacjent jest odpowiedzialny za copay i deductibles w dniu wizyty. W przypadku nie uiszczenia wyżej wymienionych lub nie posiadania karty ubezpieczeniowej pacjent może być poproszony o przedłożenie wizyty na inny termin.
- Powinności, które są odpowiedzialnością pacjenta powinny być uregulowane w dniu wizyty.
- Pacjent płacący kartą kredytową ponosi dodatkową opłatę **3% Processing Fee**.
- Opłata w wysokości **\$25** będzie naliczana miesięcznie za nie zapłacone rachunki.
- Po **90 dniach** wszelkie zaległe rachunki będą automatycznie przekazywane do "Collection Agency". Zastrzegamy sobie prawo do informowania biura kredytowego o nie zapłaconych w terminie rachunkach a także do naliczania kar, jak również do skreślenia z listy pacjentów.
- Wszystkie rachunki muszą być zapłacone w całości przed testami na alergię, przygotowaniem surowicy alergicznej i planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

## Odwołanie wizyty

- Prosimy o poinformowanie nas o odwołaniu wizyty z 24- godzinnym wyprzedzeniem. W innym przypadku konto będzie obciążone karą w wysokości **\$50**. Wielokrotne nie stosowanie się do powyższej reguły może doprowadzić do skreślenia z listy pacjentów.

## Kopie dokumentów medycznych

- W celu uzyskania kopii dokumentów/ historii medycznej wymagane jest wypełnienie formularza zawierającego datę, podpis, adres docelowy, wykaz dokumentów oraz powód. To samo dotyczy wysyłania informacji do innych placówek medycznych i przedstawicieli pacjentów. Za te usługi będzie wymagana opłata.

## Czeki bez pokrycia

- Konto będzie obciążone sumą w wysokości **\$25** za pierwszy czek bez pokrycia. **\$50** za następny. W takim przypadku pacjent będzie musiał pokryć koszty wizyty przed opuszczeniem gabinetu. Nie zastosowanie się, może spowodować skreślenie z listy pacjentów.

## Zgoda na udostępnienie informacji medycznych

- Zgadzam się na udostępnienie moich informacji medycznych ( lub mojego dziecka) firmie ubezpieczeniowej potrzebnych do poprawnego rozliczenia. Wyrażam zgodę aby zapłaty dokonane przez moją firmę ubezpieczeniową były skierowane bezpośrednio do lekarza.

**Przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) powyższe informacje dotyczące Polisy Finansowej. Rozumiem, że wszelkie sumy nie pokryte przez firmę ubezpieczeniową, copay i deductibles są moją odpowiedzialnością.**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta (lub osoby uprawnionej)

\_\_\_\_\_  
Data