

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 przełożenie wizyty na inny termin.
- Powinności, które są odpowiedzialnością pacjenta powinny być uregulowane w dniu wizyty.

Inicjaly _____

- Opłata w wysokości **\$25** będzie naliczana miesięcznie za nie zapłacone rachunki.

Inicjaly _____

- 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.

Inicjaly _____

- Wszystkie rachunki muszą być zapłacone w całości przed testami na alergię, przygotowaniem surowicy alergicznej i planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

Inicjaly _____

Odwolanie wizyty

- Prosimy o poinformowanie nas o odwołaniu wizyty z 24- godzinnym wyprzedzeniem. W innym przypadku konto będzie obciążone karą w wysokości **\$35**. Wielokrotne nie stosowanie się do powyższej reguły może doprowadzić do skreślenia z listy pacjentów.

Inicjaly _____

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.

Inicjaly _____

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.

Inicjaly _____

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.

Inicjaly _____

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