

- McClaine Street Clinic
- Mount Angel Family Medicine
- Silverton & Tukwila Specialists Clinic

- Woodburn Family Medicine
- Woodburn Internal Medicine

НАША ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА

Спасибо, что выбрали нас своим поставщиком медицинских услуг. Мы стремимся предоставлять качественные медицинские услуги. Примите во внимание, что оплата счета считается частью вашего плана оказания медицинской помощи. Silverton Hospital Affiliated Clinics работает как с работающими по найму, так и с независимыми практикующим врачами. Перед прохождением любого курса лечения следует прочитать и подписать настоящий документ о финансовой политике. При наличии вопросов обращайтесь к нам.

- Мы будем проверять вашу страховку при каждом визите. Пациент обязан предоставлять все текущие страховые карты.
- Мы скопируем ваши водительские права или документ, удостоверяющий личность с фотографией, выданный управлением автомобильного транспорта для выяснения личности.
- При отсутствии страховки или подтверждения наличия страховки на момент оказания услуг, потребуется предварительная оплата в размере 100 долларов США перед оказанием услуг, за исключением чрезвычайных обстоятельств. Визит может оплачиваться дополнительно.
- За любой просроченный совместный платеж может взиматься 15 долларов США.
- Мы принимаем наличные, чеки, карты Visa и MasterCard. За возвращенный чек взимается 25 долларов США.
- План платежей можно составить в торговой компании Consolidated Medical Billing.
- За пропущенные визиты и отмену визита менее, чем за 24 часа, взимается 50 долларов США.
- Если страховка требует назначения поставщиком услуг первой помощи (PCP) посещения другого врача, вы обязаны получить назначение и утверждение до посещения. Вы обязаны оплатить все неутвержденные расходы.
- Взрослые, сопровождающие несовершеннолетних на прием, а также законные родители и опекуны несут ответственность за полную оплату расходов. Мы не принимаем участия в спорах об опекунстве между родителями.
- При назначении клиникой Silverton Hospital Affiliated Clinics лабораторных и рентгеновских исследований вы обязаны выяснить в страховой компании, где вам должны оказываться эти услуги. Мы не несем ответственности за счета за оказанные услуги вне сети.
- Мы предлагаем скидку в 25% для незастрахованных пациентов, полностью оплачивающих визит при оказании услуг.
- Финансовая поддержка также оказывается, имеющим на это право лицам.

В порядке любезности для наших клиентов мы самостоятельно отправляем иски в страховые компании. Мы также отправляем вторые и третьи страховые иски для клиентов, в чьи планы оказания медицинских услуг наша компания внесена. Страховые планы значительно различаются и мы не можем предсказать или гарантировать, будет ли покрыто лечение определенным планом. Пациент обязан знать правила своего плана лечения, так как мы не можем изменять кодификацию для получения платежа. Настоящим я уполномочиваю Silverton Hospital Affiliated Clinics предоставлять любую медицинскую информацию, необходимую в ходе исследования и лечения, а также разрешаю осуществлять выплату любых страховых сумм за предоставленные услуги непосредственно компании. Я осознаю и беру на себя ответственность за предоставленные услуги независимо от страхового покрытия. Сюда относятся помимо всего совместное страхование, совместные платежи, нестрахуемый минимум медицинских услуг и непокрываемые страховкой услуги.

Я прочитал(а), понял(а) и принимаю Финансовую политику (выше).

Подпись пациента или ответственной стороны

Дата

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Я подтверждаю, что получил(а) Уведомление о конфиденциальности.

Имя пациента или ответственной стороны (печатными буквами)

Родство с пациентом

Подпись пациента или ответственной стороны

Дата

ПОЛНОМОЧИЯ МЕДИКЭР

Прошу, чтобы оплата утвержденных страховых сумм Медикэр за любые предоставленные мне поставщиком услуги осуществлялась либо мне, либо от моего имени Silverton Hospital Affiliated Clinics. Я разрешаю держателю медицинской информации обо мне предоставлять центрам координации программ «Медикэр» и «Медикэйд» и их агентам любую информацию, необходимую для определения страховых сумм или сумм для оплаты соответствующих услуг.

Прошу, чтобы оплата утвержденных страховых сумм за любые предоставленные мне поставщиком услуги осуществлялась либо мне, либо от моего имени Silverton Hospital Affiliated Clinics. Я разрешаю держателю медицинской информации Медикэр обо мне предоставлять страховой компании «Медигэп» любую информацию, необходимую для определения страховых сумм или сумм для оплаты соответствующих услуг.

Подпись пациента или ответственной стороны

Дата