



400 Highland Ave, Suite 20, Salem MA 01970
Phone (978) 744-1177
Fax (978) 910-0507

ФОРМА О ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТА

Благодарим Вас за выбор Глазного Центра North Shore. Мы гордимся Вашим выбором и стремимся предоставить Вам высокое качество обслуживания. Мы просим Вас прочитать и подписать эту форму, чтобы быть уверенными в Вашем понимании наших финансовых правил.

- Пациент (или опекун пациента, если несовершеннолетний) несет полную ответственность за оплату лечения и ухода за пациентом.
- Пациент обязан предоставить нам наиболее правильную и обновленную информацию о его медицинской страховке. Пациент несёт ответственность за любые понесенные расходы, если предоставленная информация о его страховке неверна или не обновлена.
- Пациенты ответственны за оплату со-платежей (co-payments), всех имеющихся у них страховых полисов. Пациенты ответственны за выплату сумм, оплачиваемых ими согласно страхового договора (deductibles), а также за все остальные процедуры или лечение, не включенные в их страховой план. В нашем офисе мы принимаем наличные, чеки, платежные поручения и все основные кредитные карты.
- Плата за обслуживание в размере \$10.00 (или плата за услуги) взимается в дополнение к Вашей со-оплате, если со-оплата не выплачена во время посещения офиса или в течении трёх рабочих дней после посещения врача.
- Это Ваша обязанность понимать Ваш страховой план. Вы также должны знать необходимо ли письменное направление или разрешение страховой компании на посещение специалистов, если предварительное разрешение требуется до процедуры и какие услуги покрываются.
- Если у вас нет страховки, оплата за посещение офиса должна быть произведена на момент визита .

РАСПОРЯЖЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

Подписывая данный документ, Вы соглашаетесь принять полную материальную ответственность как пациент, получающий медицинское обслуживание или в качестве ответственной стороны, если пациент несовершеннолетний. Тем самым я уполномачиваю мою страховую компанию производить страховые выплаты непосредственно Глазному Центру North Shore.

Ваша подпись подтверждает, что вы прочитали всё выше упомянутое, понимаете свои обязанности и согласны с этими условиями в течение одного полного года с момента подписания.

Имя пациента (печатными буквами)

Подпись пациента _____

Дата _____

Финансово ответственный, если пациент несовершеннолетний (печатными буквами) _____

Подпись финансово ответственного
человека _____

Дата _____