First Flight Health Centers™

Соглашение о выставлении счетов

Медицинское страхование:

Мне известно, что я как пациент обязан(-а) предоставить копию моей карты медицинского страхования в First Flight Health Centers (FFHC) во время получения мной медицинского обслуживания. Я разрешаю перечисление страховых выплат за оказанные медицинские услуги, указанных в настоящем документе и иным образом причитающихся мне, но не превышающих обычные расходы, непосредственно FFHC и (или) врачам, или их уполномоченным лицам. Я понимаю, что несу ответственность за все расходы до полной оплаты счетов, а также за остаток расходов, не покрываемых страховкой. Если по какой-либо причине моя страховая компания (включая Medicare) откажет в оплате, я уполномочиваю FFHC действовать от моего имени, чтобы подать апелляцию в отношении оплаты.

*ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ MEDICARE: Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на получение оплаты в соответствии с разделом XVIII Закона о социальном обеспечении, является верной. Я разрешаю любому обладателю медицинской или другой информации обо мне, включая врачей и (или) их уполномоченных лиц, передавать Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) и (или) программе Medicare любую информацию, необходимую для этого или связанного с ней требования Medicare.

Оплата из собственных средств (для лиц без страхования или с недостаточным страхованием):

Я понимаю, что я обязан (-а) заполнить Заявление на оплату со скидкой по гибкой шкале и предоставить подтверждение моего дохода в течение 30 дней после моего приема. В противном случае я буду обязан(-а) оплатить 100 % суммы моего счета.

Счета на остаток после страховых выплат/доплаты/оплаты по гибкой шкале скидок:

Я осознаю, что оплаты счетов на остатки после страховых выплат, доплаты или номинальные оплаты по гибкой шкале скидок являются моей ответственностью.

Я могу осуществить оплату наличными, чеком или кредитной картой в приемной, позвонив в отдел выставления счетов по телефону 937-586-9733/вариант 7, на портале для пациентов или на портале Instamed (https://pay.instamed.com/chcgd). *Если чек будет возвращен из-за недостаточного количества средств, к моему счету будут добавлены соответствующие сборы, и я буду нести ответственность за их оплату.

Телемедицинские визиты и профилактические осмотры:

Я понимаю, что First Flight Health Centers в качестве дополнительной услуги и в зависимости от необходимости предоставляет пациентам телемедицинские визиты с использованием аудио- и (или) видеосвязи. Я осознаю, что эти услуги подлежат оплате и имеют связанную стоимость, аналогичную приёму в кабинете врача (клинике). Я понимаю, что если во время планового приема с целью профилактического осмотра, покрываемого страховкой, поставщик услуг выявит новые проблемы со здоровьем или заболевания, есть возможность того, что мой прием уже не будет считаться плановым профилактическим приемом и может оплачиваться как стандартный врачебный прием. Я осознаю, что любые доплаты, совместные страховые выплаты, непокрываемый минимум или номинальные оплаты по гибкой шкале скидок, применяемые к этим приемам, являются моей ответственностью.

Извещения:

Мне известно, что я получу всего только 3 извещения, прежде чем мой счет может быть направлен в стороннее коллекторское агентство. Я также осознаю, что если FFHC получит возвращённую почту из-за того, что я не предоставил(-а) правильный или обновлённый почтовый адрес, моя задолженность может быть передана в стороннее коллекторское агентство.

Условия оплаты:

Мне известно, что при наличии задолженности я могу составить график рассрочки платежей для погашения задолженности, если я не могу оплатить ее полной суммой. Мне также известно, что, если я не составлю график рассрочки платежей совместно с FFHC или не буду вносить платежи по этому графику, мое дело могут направить в стороннее коллекторское агентство. График рассрочки платежей можно составить, обратившись в отдел выставления счетов или на портале Instamed.

Обращения в коллекторские агентства:

Я понимаю, что, если на меня два (2) раза заявят в коллекторское агентство, меня могут исключить из списка пациентов, и я больше не смогу получать услуги в First Flight Health Centers.

Моя подпись или подпись моего уполномоченного представителя означает, что я прочитал(-а), понял(-а) и соглашаюсь с вышеуказанными условиями, и предоставил(-а) точную информацию.

Подпись пациента/опекуна	Кем приходится	Дата

Имя, фамилия пациента печатными буквами	Дата рождения пациента