



**NORTHWEST
PULMONARY
ASSOCIATES SC**

7447 West Talcott Road Suite 542, Chicago, IL 60631

Potwierdzenie finansowe/ubezpieczeniowe

Finanse: Pełne informacje rozliczeniowe zostaną dostarczone w czasie wizyty. Pacjenci, którzy nie posiadają ubezpieczenia lub nie są w stanie podać odpowiednich informacji rozliczeniowych, są odpowiedzialni za całkowitą opłatę rachunków. Musimy uzyskać kopię twojego prawa jazdy i aktualnego ważnego ubezpieczenia, aby przedstawić dowód ubezpieczenia. Jeśli nie dostarczysz nam prawidłowych informacji o ubezpieczeniu w odpowiednim czasie, możesz być odpowiedzialny za saldo roszczenia.

Ubezpieczenie: Z grzeczności nasz dział rozliczeń wystawi rachunek za ubezpieczenie w twoim imieniu, pod warunkiem, że dostarczysz wszystkie niezbędne informacje w momencie świadczenia usługi. Wszelkie usługi, które nie są opłacane przez twoje ubezpieczenie, staną się twoją odpowiedzialnością finansową. Ze względu na liczbę planów ubezpieczeniowych, z którymi współpracujemy, oraz różne umowy, które nasi dostawcy mają jako własne podmioty, nie jesteśmy w stanie poznać wszystkich świadczeń objętych ubezpieczeniem, które obejmuje twój konkretny plan. Prosimy naszych pacjentów o zapoznanie się z różnymi dostępnymi poziomami świadczeń oraz o to, czy określone usługi są objęte, w szczególności świadczenia lub procedury. Prosimy o poinformowanie naszego personelu recepcji, jeśli są państwo świadomi, że niektóre usługi nie są objęte gwarancją i bądźcie przygotowani na dokonanie płatności za tę usługę w dniu wizyty. Pacjenci bez ubezpieczenia są uprawnieni do otrzymania natychmiastowego rabatu od wynagrodzenia, jeśli płatność zostanie otrzymana w dniu wykonania usługi.

Samopłatność: Rozumiem, że jestem odpowiedzialny finansowo za otrzymane usługi i że mogę kwalifikować się do planu płatności za moje saldo u mojego lekarza. Wszelkie plany płatności wymagają uprzedniej zgody kierownika biura. Wszelkie płatności, które upłyną w okresie 3 miesięcy, zostaną wysłane do agencji windykacyjnej.

Zasady dotyczące zakazu pokazu/odwołania: Rozumiemy, że zdarzają się sytuacje, w których musisz opuścić spotkanie z powodu nagłych sytuacji lub obowiązków związanych z pracą lub rodziną. Jeśli jednak nie zadzwonisz, aby odwołać wizytę, możesz uniemożliwić innemu pacjentowi uzyskanie bardzo potrzebnego leczenia. **Jeśli spotkanie nie zostanie odwołane z co najmniej 48-godzinnym wyprzedzeniem, zostanie naliczona opłata w wysokości pięćdziesięciu dolarów (50\$);** nie będzie to pokrywane przez twoją firmę ubezpieczeniową.

Dopłaty i potrącenia: Wszelkie dopłaty i potrącenia muszą być uiszczane w momencie świadczenia usługi. Ta umowa jest częścią twojej umowy z firmą ubezpieczeniową. Dla twojej wygody akceptujemy gotówkę, czek, Visa, MasterCard lub Discover.

Przesłanie roszczenia: Złożymy twoje roszczenia i pomożemy ci w każdy możliwy sposób, aby pomóc ci w wypłacie twoich roszczeń. Twoja firma ubezpieczeniowa może potrzebować bezpośredniego podania pewnych informacji. Twoim obowiązkiem jest spełnienie ich prośby. Należy pamiętać, że saldo roszczenia jest twoim obowiązkiem, niezależnie od tego, czy twoja firma ubezpieczeniowa wypłaci twoje roszczenie. Świadczenie ubezpieczeniowe to umowa pomiędzy tobą a twoją firmą ubezpieczeniową; nie jesteśmy stroną tej umowy.

Zmiany w zakresie: Jeśli twoje ubezpieczenie ulegnie zmianie, poinformuj nas o tym przed kolejną wizytą, abyśmy mogli wprowadzić odpowiednie zmiany, które pomogą ci uzyskać maksymalne świadczenia. Jeśli twoja firma ubezpieczeniowa nie zapłaci twojego roszczenia w ciągu 60 dni, saldo zostanie automatycznie obciążone.

Brak płatności: Jeśli twoje konto jest przeterminowane ponad 90 dni, otrzymasz telefon i/lub list z informacją, że masz 20 dni na pełną spłatę konta. Płatności częściowe nie będą akceptowane, chyba że uzgodniono inaczej. Należy pamiętać, że jeśli saldo pozostaje niespłacone, możemy skierować twoje konto do agencji windykacyjnej.

Nasza praktyka jest zaangażowana w zapewnienie najlepszego leczenia naszym pacjentom. Nasze ceny są reprezentatywne dla zwykłych i zwyczajowych opłat dla naszego obszaru. Dziękujemy za zrozumienie naszej polityki płatności. Daj nam znać, jeśli masz jakiegokolwiek pytania lub wątpliwości.

Przeczytałem i rozumiem politykę płatności i zgadzam się przestrzegać jej wytycznych:

Imię i nazwisko: _____ Podpis: _____ Data: _____

Świadek: _____ Data: _____