Thỏa Thuận Tài Chính của Trung Tâm Y Tế Valley

UW Medicine
VALLEY MEDICAL CENTER
Remarkable things happen here.™

Qua việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý những điều sau đây:

1. Tôi chịu trách nhiệm, trước hoặc tại thời điểm nhận dịch vụ, trả số tiền mà bệnh nhân phải chịu. Số tiền có thể thay đổi dựa trên các dịch vụ được cung cấp và tôi sẽ chịu trách nhiệm trả bất cứ số tiền còn lại nào mà bệnh nhân phải trả khi nhận được hóa đơn.
2. Trong trường hợp tôi ký dưới đây với tư cách là người đại diện cho bệnh nhân, chính tôi sẽ chịu trách nhiệm về số tiền mà bệnh nhân phải trả.
3. Nếu tôi đã lập gia đình thì cả hai vợ chồng cam kết sẽ trả số tiền mà bệnh nhận chịu trách nhiệm.
4. Nếu có bảo hiểm, tôi có trách nhiệm phải hiểu các lợi ích bảo hiểm của tôi và phải xuất trình thẻ bảo hiểm của tôi. Thông tin trên thẻ bảo hiểm sẽ được sử dụng a) để thông báo cho hãng bảo hiểm về việc nhập viện nội trú, tất cả các cuộc phẫu thuật và khám cấp cứu vào ngày làm việc tiếp theo và b) gửi hóa đơn theo hướng dẫn của chương trình bảo hiểm của tôi.
5. Nếu thẻ hoặc tài liệu chứng minh có bảo hiểm không được cung cấp và bảo hiểm từ chối trả hoặc bảo hiểm bị từ chối vì Trung Tâm Y Tế Valley hoặc Mạng Lưới Phòng Khám được xác định là nhà cung cấp dịch vụ không có ký kết hợp đồng với bảo hiểm, tôi hiểu rằng Trung Tâm Y Tế Valley sẽ buộc tôi phải chịu trách nhiệm trả hóa đơn của tôi.
6. Trung Tâm Y Tế Valley có thể chia sẻ bất kỳ thông tin tài chính nào mà tôi cung cấp cho các thực thể được ủy quyền để giúp trong việc thanh toán hóa đơn.
7. Tôi sẽ trả cho Trung Tâm Y Tế Valley số tiền phải trả còn lại sau khi bảo hiểm đã chi trả, trừ khi bị cấm theo quy định của pháp luật hoặc hợp đồng.
8. Tôi cần thông báo cho Trung Tâm Y Tế Valley những thay đổi về phạm vi bảo hiểm và /hoặc địa chỉ của tôi.
9. Trung Tâm Y Tế Valley có thể thêm lãi suất hợp lý, phạt trả trễ, các chi phí và/hoặc lệ phí luật sư hợp lý nếu khoản nợ của tôi bị quá hạn.
10. Tôi cần hông báo cho Dịch Vụ Khách Hàng Trung Tâm Y Tế Valley nếu tôi không thể trả số tiền còn lại trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận hóa đơn.
11. Nộp đơn xin các chương trình tài chính khác mà tôi có thể hội đủ điều kiện theo yêu cầu của Trung Tâm Y Tế Valley khi tôi không thể trả hết được khoản nợ của tôi.
12. Bất kỳ vụ kiện tụng nào cho việc thu khoản nợ của tôi sẽ được tiến hành ở King County, Washington.
13. Trung Tâm Y Tế Valley có thể ngưng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, nếu tài khoản của quý vị ở trong tình trạng thiếu nợ lâu và được gửi đến một công ty thâu nợ chính thức. Tất cả quyết định liên quan đến điều này sẽ được dựa vào việc xem xét kỹ tài khoản của quý vị.

Tôi hiểu rằng:

- **Phần CHỈ dành cho tất cả bệnh nhân có Medicare và Medicaid:** Phòng khám mà tôi đã đến hôm nay ☐ là hoặc ☐ không phải là, một phòng khám thuộc bệnh viện (phòng khám HB - hospital based). Nếu đó là một phòng khám HB , thông thường tôi sẽ nhận được hai hóa đơn: một hóa đơn từ bệnh viện (cho các chi phí cơ sở, ví dụ như chi phí bảo trì bệnh viện, thiết bị, vật dụng, và thời gian nhân viên) và một hóa đơn từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác (cho các chi phí của dịch vụ chuyên nghiệp). Tôi có thể phải chịu trách nhiệm trả khoản đồng trả hoặc đồng bảo hiểm cho mỗi hóa đơn này, tùy loại bảo hiểm của tôi. Số tiền đồng bảo hiểm hoặc đồng trả chính xác sẽ tùy thuộc vào dịch vụ được cung cấp và những điều kiện bao trả của bảo hiểm tôi.
- Tôi có thể nhận được hóa đơn bổ sung từ các bác sĩ cung cấp chăm sóc tiếp theo sau khi nhận các dịch vụ tại Trung Tâm Y Tế Valley bao gồm cả các dịch vụ phòng khám và các dịch vụ phụ trợ. Một số những nhà cung cấp đó có thể ký hợp đồng với Trung Tâm Y Tế Valley trong khi những người khác là nhà cung cấp dịch vụ y tế độc lập hành nghề tư. Để biết thêm thông tin về các nhà cung cấp khác có thể gởi hóa đơn, xin vui lòng tham khảo tờ giới thiệu "Thông Tin Quan Trọng Về Hóa Đơn Của Quý Vị" hoặc Chính Sách Tài Chính Của Mạng Lưới Phòng Khám.
- Tôi hiểu rằng một số dịch vụ có thể không được chi trả bởi bảo hiểm của tôi hoặc chương trình bảo hiểm của chính phủ, chẳng hạn như việc kiểm tra sức khỏe hàng năm hay vật dụng y tế. Thông tin chi tiết được giải thích trong tờ giới thiệu "Thông Tin Quan Trọng Về Hóa Đơn Của Quý Vị" và Chính Sách Tài Chính Mạng Lưới Phòng Khám.
- Thanh toán cho các dịch vụ liên quan đến chấn thương vô tình như tai nạn xe hay chấn thương liên quan đến công việc cũng có thể bị bảo hiểm của tôi từ chối chi trả.
- Trung Tâm Y Tế Valley yêu cầu và, nếu tôi cung cấp, sẽ sử dụng Số An Sinh Xã Hội của tôi để hỗ trợ việc xem xét bất kỳ lợi ích bảo hiểm sức khỏe nào của liên bang hay tiểu bang, để xác nhận danh tánh của tôi, hoặc để hỗ trợ việc lập kế hoạch xuất viện. Việc cung cấp Số An Sinh Xã Hội của tôi là tự nguyện, trừ khi để nộp đơn hưởng các quyền lợi bảo hiểm y tế của tiểu bang và liên bang.
- Thông tin Hồ Sơ Tín Dụng của tôi có thể được xem xét vì các lý do sau đây: (1) để xác định sự hỗ trợ tài chính sẵn có; (2), trợ giúp quản lý quy trình thanh toán, hoặc nếu; (3), tôi báo cáo danh tánh của tôi đã bị đánh cắp.

(tiếp tục ở mặt sau)

Thỏa Thuận Tài Chính của Trung Tâm Y Tế Valley

- Cho đến khi tài khoản của tôi được giải quyết, tôi đồng ý rằng Trung Tâm Y Tế Valley và bất kỳ đại diện nào, có thể liên lạc tôi liên quan đến các khoản nợ của tôi thông qua các phương tiện khác nhau bao gồm nhưng không giới hạn đến 1) điện thoại di động, điện thoại nhà hoặc (các) số nhắn tin tôi cung cấp; 2) địa chỉ email mà tôi cung cấp, 3) hệ thống quay số tự động, và 4) các tin nhắn điện thoại đã được thâu âm trước.
- Tiền lời theo tỷ lệ 1% mỗi tháng sẽ được tính thêm đối với số tiền mà bảo hiểm không bao trả 30 ngày sau khi gửi hóa đơn đầu tiên. Nếu tài khoản của quý vị đang chờ bảo hiểm thanh toán, tiền lời sẽ bắt đầu được thêm vào đối với khoản tự trả còn lại, tức là khoản tiền quý vị chịu trách nhiệm, 30 ngày sau khi Trung Tâm Y Tế Valley nhận được khoản thanh toán từ bảo hiểm quý vị.

Tiết Lộ Thông Tin: Trừ khi tôi yêu cầu Trung Tâm Y Tế Valley không gửi hoá đơn cho công ty bảo hiểm của tôi và cá nhân tôi trả tiền tại thời điểm nhận dịch vụ, tôi cho phép Trung Tâm Y Tế Valley tiết lộ tất cả hoặc một phần hồ sơ của tôi, và bất cứ thông tin nào khác trong hồ sơ của Trung Tâm Y Tế Valley, cho bất kỳ người nào hoặc thực thể nào chịu trách nhiệm hoặc có thể chịu trách nhiệm cho tất cả hoặc một phần các chi phí liên quan đến việc chăm sóc của tôi tại Trung Tâm Y Tế Valley, bao gồm nhưng không giới hạn các hãng bồi thường cho người lao động, các công ty bảo hiểm, quỹ phúc lợi hoặc chủ chỗ làm của tôi. Qua văn kiện này, tôi miễn cho Trung Tâm Y Tế Valley khỏi tất cả các trách nhiệm pháp lý hoặc trách nhiệm có thể phát sinh từ việc tiết lộ hồ sơ của tôi như được nêu lên trong đoạn này. Trừ khi tôi yêu cầu Trung Tâm Y Tế Valley không gửi hoá đơn cho công ty bảo hiểm của tôi và cá nhân tôi trả tiền tại thời điểm nhận dịch vụ, qua văn kiện này tôi cho phép Trung Tâm Y Tế Valley cung cấp thông tin được trích dẫn từ hồ sơ của tôi theo yêu cầu cho bất cứ đơn vị bảo hiểm nào, cơ sở trung gian của bảo hiểm hoặc cơ sở chăm sóc y tế khác để tiếp tục việc chăm sóc.

Chuyển Nhượng Các Lợi Ích Bảo Hiểm: Qua văn kiện này tôi chuyển nhượng tất cả các lợi ích mà đáng lẽ công ty bảo hiểm chi trả cho tôi cho Trung Tâm Y Tế Valley, trong thời gian nằm viện và/hoặc thời gian điều trị và nhận dịch vụ, bao gồm cả việc đến khám bệnh ở phòng khám.

Chuyển Nhượng Trách Nhiệm Tài Chính Cho Người Đại Diện (Nếu không phải là bệnh nhân): Qua văn kiện này tôi chuyển nhượng trách nhiệm tài chính về số tiền mà bệnh nhân chịu trách nhiệm cho bất kỳ bên nào đồng ý làm đại diện của tôi trong khoảng thời gian nằm viện và/hoặc thời gian điều trị và nhận dịch vụ, bao gồm cả việc đến khám bệnh ở phòng khám.

Người Được Hưởng Medicare: Tuyên Bố Cho Phép Thanh Toán Lợi Ích Medicare Cho Nhà Cung Cấp

Tôi yêu cầu thanh toán các lợi ích Medicare đã ủy quyền cho bất kỳ dịch vụ nào mà Trung Tâm Y Tế Valley cung cấp cho tôi. Tôi cho phép bất kỳ người nắm giữ thông tin y tế và thông tin khác về tôi cung cấp cho Medicare và các đại diện của Medicare bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định những lợi ích này hoặc lợi ích cho các dịch vụ liên quan. Tôi yêu cầu Medicare thay mặt tôi trả tiền cho những lợi ích đã được ủy quyền.

Tôi chuyển nhượng quyền thanh toán cho những chi phí của bất kỳ (các) bác sĩ nào mà Trung Tâm Y Tế Valley được ủy quyền để lập hóa đơn liên quan đến các dịch vụ đã cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ khoản đồng chi trả bảo hiểm y tế nào, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, và/hoặc dịch vụ không được bảo hiểm trả. Tôi sẽ được thông báo trước về các dịch vụ Medicare không cho là cần thiết về mặt y tế và sẽ có dàn xếp về tài chính nếu tôi chọn thực hiện thủ tục y tế này. Medicare có thể coi một số dịch vụ theo lệnh của bác sĩ của tôi là không cần thiết về mặt y tế. Tôi sẽ được quý vị thông báo trước về chi phí của các dịch vụ này để tôi có thể bàn bạc với bác sĩ của tôi để đưa ra quyết định. Nếu tôi chọn thực hiện các dịch vụ này, tôi sẽ phối hợp với quý vị để sắp xếp cho chính tôi trả tiền.

Người Được Hưởng Medicaid: Tôi hiểu những lợi ích Medicaid của tôi không chi trả cho một số dịch vụ và thừa nhận rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm trả tiền cho các dịch vụ đó, bao gồm nhưng không giới hạn đến chăm sóc nha khoa, chăm sóc không khẩn cấp, cắt bao quy đầu trẻ sơ sinh và tư vấn chế độ ăn uống, ngoại trừ cho bệnh tiểu đường. Nếu tôi chỉ được bảo hiểm trả để kế hoạch gia đình, tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu phải trả tiền cho tất cả các dịch vụ khác.

Hỗ Trợ Tài Chính: Trung Tâm Y Tế Valley cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế cho tất cả những người cần đến các dịch vụ như vậy bất kể khả năng tài chánh như thế nào. Nếu tôi đủ các điều kiện nghèo khó theo tiêu chuẩn y tế như được nêu trong WAC 246-453 thì số tiền bệnh nhân phải trả có thể được miễn hoặc giảm theo chính sách chăm sóc từ thiện của Trung Tâm Y Tế Valley.

CHỮ KÝ: _____

(BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN KÝ GIẤY ỦY QUYỀN)

Ngày: _____

Nếu người khác ký thay bệnh nhân,
nêu mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Nếu bệnh nhân không thể ký tên, nêu lý do: _____

_____

Đã chấp thuận bằng miệng? ☐ Không ☐ Có

© 2013 VMC (Rev 5/13) Form # 96-23410