

Имя:

Фамилия:

Дата рождения: _____/_____/_____ Адрес:

Город:

Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Пол: М Ж

Домашний телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Номер социальной страховки:

Адрес электронной почты:

Отметьте соответственно (личная информация о состоянии здоровья)

На сегодня вам назначен прием у следующих врачей:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Доктор А. Эли Габайан (Dr. A. Eli Gabayan) | <input type="checkbox"/> Доктор Патрисиа Гордон (Dr. Patricia Gordon) |
| <input type="checkbox"/> Доктор Линни Чеп (Dr. Linnea Chap) | <input type="checkbox"/> Доктор Стивен О'Дэй (Dr. Steven O' Day) |
| <input type="checkbox"/> Доктор Дженнифер Лэнг (Dr. Jennifer Lang) | <input type="checkbox"/> Доктор Дональд П. Ломбарди (Dr. Donald P. Lombardi) |
| <input type="checkbox"/> Доктор Ари Габайан (Dr. Ari Gabayan) | |

Причина вашего сегодняшнего визита:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вы являетесь новым пациентом и нуждаетесь в консультации. | <input type="checkbox"/> Последующее наблюдение | <input type="checkbox"/> Анализ крови |
| | <input type="checkbox"/> Инъекционная процедура | <input type="checkbox"/> Процедура визуализации |
| | | <input type="checkbox"/> Лучевая терапия |

Как вы узнали об Онкологическом центре Беверли-Хиллз?

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Направляющий врач | <input type="checkbox"/> Санитарно-просветительная | <input type="checkbox"/> Реклама |
| <input type="checkbox"/> Семья или друг | благотворительная ярмарка | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Интернет | | |

Имя направившего лица или информация о рекламе:

СОГЛАСНО ГОСУДАРСТВЕННЫМ И ПОЛОЖЕНИЯМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ШТАТА КАЛИФОРНИЯ, ЛЕЧАЩИЕ ВРАЧИ ДОЛЖНЫ ТРЕБОВАТЬ ОТ ПАЦИЕНТА И ДОКУМЕНТИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ.

Раса:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Азиат (Индия, Пакистан) | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Коренной американец | <input type="checkbox"/> Белый |
| <input type="checkbox"/> Чернокожий | <input type="checkbox"/> Гаваец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Испанец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Отказаться от ответа |
| | <input type="checkbox"/> Японец | | |

Этническая принадлежность:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Испанец или латиноамериканец | <input type="checkbox"/> Отказаться от ответа |
| <input type="checkbox"/> Не испанец или латиноамериканец | |

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК

Работодатель:

Рабочий телефон:

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

Адрес работодателя:

Контактная информация родственника или друга:

На случай если сотрудники нашего офиса не смогут связаться с вами, укажите "Да" или "Нет" для родственника или друга, которому мы можем передать частичную или полную информацию о вашем состоянии здоровья.

- 1) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет
2) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет
3) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет

Возмещение страховой компанией понесенных расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги, а также подтверждение этой операции.

Нижеподписавшийся, будь то агент или пациент, дает разрешение на осуществление выплаты страхового возмещения от своего имени непосредственно Онкологическому центру Беверли-Хиллз за оказанные им услуги. Нижеподписавшийся осознает, что несет финансовую ответственность за расходы, не полностью покрытые страховкой. Сообщаем вам о том, что ваша страховая компания может отказаться от покрытия расходов по многим причинам. В зависимости от вашего плана лечения, ваша страховая компания может отказаться от покрытия расходов, а также может переложить на вас ответственность за покрытие части этих расходов. Мы не можем предоставить вам более определенную информацию до тех пор, пока вашей страховой компании не будет выставлен счет вашим поставщиком медицинских услуг. Страховые компании не гарантируют оплату расходов до момента получения вашей заявки. В случае если ваша заявка была отклонена, Онкологический центр Беверли-Хиллз подаст ее снова. В случае если ваша заявка была отклонена после повторной подачи, мы выставим вам счет за предоставленные нами услуги. Нижеподписавшийся соглашается взять на себя полную личную ответственность за уплату полной стоимости предоставленных ему услуг Онкологическим центром Беверли-Хиллз, а также за уплату расходов на нотариальные услуги и расходов по сбору страховых взносов, понесенных указанным Онкологическим центром.

Имя и фамилия печатными буквами:

Подпись:

Дата:

Отношение к пациенту, если подписавшийся не является пациентом:

КОПИЯ ДЛЯ КООРДИНАТОРА ПАЦИЕНТА

Финансовая политика

Благодарим вас за то, что выбрали наше учреждение! Наша цель – забота о вас и ваше успешное лечение. Просим вас обратить внимание на то, что оплата наших услуг является частью этого процесса. Для удобства мы предоставляем вам ответы на различные вопросы по нашей финансовой политике. Если вам необходима более подробная информация о нашей финансовой политике, обратитесь к нашему сотруднику отдела выставления счетов по номеру 310-432-8959.

Мы принимаем оплату наличными, чеками, а также банковскими картами VISA, Discover, American Express и MasterCard. **В нашей системе выставления счетов есть защищенный раздел, где хранится информация о вашей кредитной карте, доступ к которому имеют только сотрудники отдела выставления счетов. После оплаты вашей страховой компанией своей доли счета по страховке, мы укажем в системе вашу долю доплаты и сумму собственного удержания страховой компании, которая будет снята с вашей кредитной карты. Это сократит количество присылаемых вам счетов, и вам не придется заниматься их оплатой во время вашего обслуживания.**

Пожалуйста, ознакомьтесь с нашей финансовой политикой полностью. Ваша финансовая ответственность обусловлена различными нижеперечисленными факторами.

| | ВЫ НЕСЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СЛЕДУЮЩЕЕ: | НАШ ПЕРСОНАЛ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ВАМ В СЛЕДУЮЩЕМ: |
|---|--|---|
| Программа частичного страхования от болезни и несчастных случаев по системе PPO Обслуживание по месту жительства (ОМЖ) (ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО КОНТРАКТУ ИЛИ СЕТЕВОЙ) | Если предоставляемые вам услуги предусмотрены по программе: ВСЕ доли доплаты и доли, подлежащие уплате страховой компанией, а также суммы собственного удержания страховой компании необходимо оплатить во время предоставления услуг. Если предоставляемые вам услуги НЕ предусмотрены программой, оплату а в полном объеме необходимо внести во время визита в центр. | Заблаговременно позвонить в вашу страховую компанию, чтобы определить размер всех подлежащих к уплате сумм. Подать от вашего имени заявление о выплате страхового возмещения. |
| Обслуживание по месту жительства (ОМЖ) (НЕСЕТЕВОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ) | ВСЕ доли доплаты и доли, подлежащие уплате страховой компанией, а также суммы собственного удержания страховой компании требуется оплатить во время предоставления услуг. В случае если страховые компании нашей сети не покрывают подлежащий к оплате счет, оплату в | Заблаговременно позвонить в вашу страховую компанию, чтобы определить размер всех подлежащих к уплате сумм. Подать заявление от вашего имени о выплате страхового возмещения. |

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

| | | |
|--|---|--|
| | полном объеме необходимо внести во время визита в центр. | |
| MEDICARE – федеральная программа медицинской помощи престарелым | Если вы пользуетесь медицинской страховкой для пенсионеров Medicare, без вторичного страхования, мы попросим вас оплатить сумму собственного удержания страховой компании во время визита в центр. Также во время визита необходимо оплатить вашу долю по страховке в размере 20% от общей подлежащей уплате суммы. | Обратиться за страховыми выплатами от вашего имени по основному и вторичному страхованию. |
| MEDI-CAL – страхование по программе медицинской помощи штата Калифорния | Мы предоставляем свои услуги как участник программы Medi-Cal | Подать заявку в Medi-Cal и страховую организацию до предоставления вам услуг. |
| ОТСУТСТВИЕ СТРАХОВКИ | Требуется оплата в полном объеме до, во время или после решения организационных вопросов и предоставления услуг. Возможно, до предоставления услуг потребуются подписать финансовые соглашения. Пациент несет ответственность за все расходы по предоставляемым ему услугам. | Сообщить вам о наших расценках на услуги. При необходимости, договориться о консультации с нашим сотрудником отдела выставления счетов. |
| ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ | Необходимо получить разрешение и внести доплату до предоставления услуг. | Новые пациенты должны получить согласие вашей ОМО до визита в центр. Остальные пациенты – до предоставления услуг наш персонал убедится в том, что разрешение продолжает действовать. |
| ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (МЫ НЕ ЯВЛЯЕМСЯ КОНТРАКТНЫМ ПОСТАВЩИКОМ) | Оплата в полном объеме за визиты к врачу, услуги лаборатории, химиотерапию, инъекции и все остальные услуги. | Сообщить вам о наших расценках на услуги. |

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООРДИНАТОРА (стр. 4 из 8)

Различные административные расходы на обслуживание пациента:

| | | |
|---|--|--|
| УЧАСТИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ | Стандартное лечение – эти услуги, которые предоставлялись бы вам, если бы вам был назначен стандартный режим лечения. Услуги включали бы в себя, помимо прочего, лабораторные анализы, уход за центральным катетером, визиты к лечащим врачам, лучевую терапию и амбулаторное диагностическое исследование, и подлежали бы оплате вашей страховой компанией в соответствии с действующим законодательством штата Калифорния. | Необходимо получить финансовую консультацию касательно стандартного режима лечения перед предоставлением лечения у сотрудника отдела выставления счетов, или при предоставлении согласия – с нашим врачом, медсестрой и/или сотрудником отдела выставления счетов. |
| СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ/ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЙМА | Предоставление всей нотариальной информации и подписанной документации по обеспечению займа до проведения диагностического исследования или предоставления любых других услуг. Будет подписано соглашение о том, что если ваш случай не будет признан страховым, вы, как пациент, несете ответственность за все расходы по предоставленным вам услугам. | Это соглашение пациент и нотариус должны подписать до предоставления услуг пациенту. |
| КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ ТРАВМУ | Вся информация, касающаяся компенсации за производственную травму, включая номер иска работника, дату получения травмы, название и адрес страховой компании, название разрешающего органа и его контактный телефон, а также имя и контактный телефон работодателя. Если страховой случай, предусматривающий компенсацию за производственную травму, не признан, этот случай можно рассмотреть как дело об обеспечении займа. | Обращение за страховой выплатой от вашего имени. |

Порядок отмены приема при неявке

- **Консультация нового пациента** – Мы будем очень вам признательны, если в случае, когда вы не можете прийти на консультацию в назначенное время, вы позвоните и предупредите нас об этом, так как у нас большой список пациентов, ожидающих своей очереди на прием к врачам и получение услуг. Пожалуйста, уведомите наш офис за сорок восемь (48) часов до назначенного приема. В противном случае с вашей кредитной карты, полученной заранее и включенной в документацию нового пациента, будет списано 50 долларов США или же вам будет отправлен счет на эту сумму.
- Организация последующего наблюдения – Мы будем очень вам признательны, если в случае, когда вы не можете прийти на консультацию в назначенное время, вы позвоните и предупредите нас об этом. Пожалуйста, уведомите наш офис за двадцать четыре (24) часа до назначенного приема. Мы оставляем за собой право начислить вам штраф за неявку в размере 30 дол. США, который будет либо автоматически списан с вашей кредитной карты, либо вам будет выставлен счет на эту сумму.
- **Назначение на прохождение визуализирующих, рентгенологических или радиоизотопных исследований** - Эти процедуры подразумевают расходы на электроэнергию и другие расходы. Если вы не можете прийти, пожалуйста, уведомите наш офис за двадцать четыре (24) часа до назначенного приема. В противном случае, вам будет начислен штраф за неявку. Сумма штрафа составляет от 50 до 350 дол. США, в зависимости от типа предоставляемых услуг. Она либо будет автоматически списана с вашей кредитной карты, либо вам будет отправлен счет на эту сумму.

Телефонные звонки лечащим врачам:

Наши врачи не могут оценить медицинские потребности своих пациентов по телефону. К тому же, иногда у врача нет доступа к полным медицинским записям пациента (все зависит от того, откуда его позвонили к телефону). Если вам необходимо поговорить с вашим лечащим врачом, включая обсуждение результатов диагностического исследования, мы назначим вам прием. В экстренных случаях вам может потребоваться прием у другого врача Онкологического центра Беверли-Хиллз или помощь ближайшего отделения экстренной медицинской помощи, в зависимости от вашего состояния и целесообразности принятия тех или иных медицинских мер.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООРДИНАТОРА (стр. 5 из 8)

Плата за возврат чека

- За каждый случай, когда у вас на счету будет недостаточно денежных средств для обналичивания чека, вам будет начислена плата в размере 25 дол. США.

Специальная плата за предоставление отчета/формы

- За каждый документ, подготовленный лечащим врачом, вам будет начислена плата в размере 15 дол. США. Сюда входят, помимо прочего, государственные формы для людей с ограниченными возможностями, формы DMV, письма для пересылки авиапочтой, письма гражданской обязанности быть присяжным и т.д. Вам будет выставлен счет или причитающаяся сумма будет начислена на вашу кредитную карту. За вручаемую вам документацию необходимо будет заплатить заранее.

Компакт-диск для записи результатов визуализирующего исследования

- Первый компакт-диск предоставляется бесплатно. Каждая дополнительная копия будет стоить 20 дол. США.

Плата за просроченную задолженность

Как вы знаете, за последние 5 лет в области страхового покрытия многое изменилось. Некоторые из этих изменений привели к значительному снижению оплаты за услуги, предоставляемые лечащими врачами. Мы столкнулись с тем, что страховые компании постоянно задерживали выплаты по расходам на лечение, включая оплату за препараты для химиотерапии, приобретаемые Онкологическим центром Беверли-Хиллз для своих пациентов. Такие задержки и непоступление платежей в некоторых случаях снижала возможность Онкологического центра Беверли-Хиллз вести уход за пациентами. Поэтому мы ввели специальную плату за счета с просроченной задолженностью.

- **Плата за предоставление счета с просроченной задолженностью в качестве оплаты услуг будет составлять 20 дол. США в месяц, и будет добавлена в месячный счет через 75 дней после получения страхового платежа клиента или уведомления об отказе в его предоставлении.**
- **Авторизация на оплату кредитной карточкой будет храниться в системе центра, а все причитающиеся суммы будут начисляться на нее согласно разъяснению клиента по выплатам по программе. После получения нашим офисом разъяснения клиента по выплатам по программе, к оплате по вашей кредитной карте будет представлена только указанная сумма вашей доплаты, доля платы страховой компании и/или сумму собственного удержания страховой компании.**
- **Агентство по сбору платежей – Если оплата не была получена вовремя и в полном объеме, мы оставляем за собой право сообщить о вашем счете какому-либо агентству по сбору платежей.**

Я, нижеподписавшийся, прочитал, понял и соглашаюсь с вышеизложенной финансовой политикой. Я обязуюсь незамедлительно в кратчайшие сроки заплатить за все продукты и услуги, предоставленные указанному ниже пациенту. Я понимаю, что несу ответственность за все

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)

Телефон: (310) 432-8900

(800) TO-HEALTH

Факс: (310) 432-8901

www.BHCancerCenter.com

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

расходы, непокрытые моей страховой компанией или другим плательщиком, а также все долевые выплаты и суммы собственного удержания страховой компании, и обязуюсь оплатить их в кратчайшие сроки. В случае если какие-либо расходы не были оплачены, как полагалось, до или во время предоставления услуг, оплату необходимо произвести сразу после этого.

Нижеподписавшийся соглашается взять на себя полную личную ответственность за уплату полной стоимости предоставленных ему услуг Онкологическим центром Беверли-Хиллз, а также за уплату расходов за нотариальные услуги и расходы по сбору страховых взносов, понесенные этим центром.

Я обязуюсь производить страховые выплаты непосредственно Онкологическому центру Беверли-Хиллз/Центру диагностической визуализации Оптима.

Я уполномочиваю Онкологический центр Беверли-Хиллз/ Центр диагностической визуализации Оптима на предоставление моей личной медицинской информации страховой компании по ее запросу или с целью упрощения процедуры оплаты платежного требования.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами):

Подпись пациента (или представителя/ ответственной стороны):

Имя и фамилия нижеподписавшегося (печатными буквами):

Дата:

ПРИМЕЧАНИЕ: Пожалуйста, верните форму авторизации на оплату кредитной картой вместе с данным подписанным письмом, если вы желаете, чтобы расходы автоматически начислялись к оплате вашей кредитной картой, как описано выше. В таком случае, вам не будет начислена доплата в день предоставления услуг, а также не будут выставлены счета на эти суммы.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООРДИНАТОРА (стр. 8 из 8)