

Tanyakan terjemahan daftar harga kepada petugas

Pasien Tanpa Medicare

Formulir Pengumpulan Data

Affix Patient Label

Anda diklasifikasikan sebagai pasien tidak memenuhi syarat mendapatkan Medicare. Oleh karena itu, Anda tidak memenuhi syarat mendapatkan pengobatan gratis di Australia. Anda akan diminta membayar semua biaya terkait pengobatan Anda. Jika Anda memiliki Asuransi Kesehatan Pribadi, Asuransi Perjalanan atau asuransi lain maka Anda mungkin dapat mengklaim sebagian biaya tersebut. Kami anjurkan Anda mengkonfirmasi hal ini dengan perusahaan asuransi Anda.

Pernyataan mengenai biaya

Dengan menandatangani dokumen ini, saya, _____, mengkonfirmasi saya telah diberitahu bahwa saya adalah seorang pasien tidak memenuhi syarat mendapatkan Medicare dan saya menerima tanggung jawab membayar semua biaya terkait pengobatan saya di fasilitas Rumah sakit dan Layanan Kesehatan Metro North. Dalam membuat pernyataan ini, saya mengakui bahwa saya telah membaca dan memahami informasi yang terkandung dalam dokumen ini.

Saya mengerti bahwa:

- Saya mengizinkan Rumah sakit dan Layanan Kesehatan Metro North untuk menggunakan rincian kartu kredit yang saya berikan untuk membayar biaya yang ditetapkan pada Perkiraan Biaya pada halaman 2.
- Perkiraan Biaya pada halaman 2 hanya merupakan indikasi perkiraan biaya yang saya gunakan selama pengobatan saya dan angka sebenarnya dapat berbeda dan mungkin akan dikenakan tambahan biaya.
- Jika saya memilih untuk menerima perawatan sebagai pasien swasta, mungkin akan ada biaya tambahan lagi sesuai kebijaksanaan spesialis pribadi tersebut dan saya harus mengkonfirmasinya dengan spesialis saya.
- Informasi ini tidak termasuk biaya Petugas Medis Luar yang pribadi jika mereka melakukan Operasi atau Anestesi, karena biaya ini dihitung eksternal ke fasilitas yang mendaftarkan pasien. Saya akan ditagih secara terpisah untuk biaya ini.
- Semua biaya terkait pengobatan saya tidak dibayar sebelum perawatan, termasuk biaya yang melebihi Perkiraan Biaya, kwitansinya ditagihkan kepada saya dan harus dibayar dalam 30 hari terhitung tanggal kwitansi. Jika saya tidak membayar dalam kurun waktu ini, sisa tagihan akan menjadi hutang jatuh tempo kepada Rumah sakit dan Layanan Kesehatan Metro North yang berhak untuk menagih hutang ini dari saya, baik secara langsung maupun melalui agen penagihan hutang.
- Sulit sekali untuk memperkirakan biaya untuk Pencitraan Diagnostik, Patologi dan Farmasi sebelum perawatan saya dan besar kemungkinan jika layanan ini diperlukan maka biaya pengobatan saya sebenarnya akan melebihi Perkiraan Biaya yang diberikan. Saya memberikan pra-otorisasi tambahan sampai 1.000 dolar untuk dipotong dari kartu kredit saya untuk Biaya Rawat Jalan Lainnya apabila saya memerlukan Pencitraan Diagnostik, Patologi, atau obat-obatan selama pendaftaran dan/atau perawatan. Saya mengerti bahwa saya hanya akan dikenakan biaya pengeluaran sebenarnya hingga sebesar jumlah maksimum tersebut. Saya akan diberi tagihan terpisah untuk Biaya Rawat Jalan Lainnya yang melebihi 1.000 dolar.
- Jika Rumah sakit dan Layanan Kesehatan Metro North telah setuju untuk bekerja sama langsung dengan dana pribadi kesehatan saya atau perusahaan asuransi lain atas nama saya, saya mengizinkan Rumah sakit dan Layanan Kesehatan Metro North untuk memberikan semua informasi pribadi dan medis saya kepada perusahaan asuransi atau dana kesehatan pribadi tersebut, termasuk informasi dan sejarah medis Protokol Casemix RS (Hospital Casemix Protocol), sebagaimana diperlukan.
- Saya mungkin akan diminta memberikan informasi tambahan untuk menilai kelayakan saya mendapat perawatan kesehatan gratis di Australia, misalnya paspor, visa atau bukti identitas lainnya. Saya memberi izin kepada Rumah sakit Metro North dan Layanan Kesehatan untuk menggunakan informasi pribadi yang saya berikan untuk menilai kelayakan saya mendapatkan layanan, didalamnya mungkin termasuk semua pengajuan informasi pribadi saya ke Departemen Imigrasi dan Perlindungan Perbatasan apabila konfirmasi status visa saya diperlukan.
- Memberikan informasi palsu atau menyesatkan merupakan penipuan dan mungkin pihak berwenang akan diberitahu.

Pasien / Orang tua / Perwakilan (harap lingkari)

Saksi dari Staf

Nama (tuliskan)

Nama (tuliskan)

Tanda tangan

Tanda tangan

Tanggal

Tanggal