

Попросите, чтобы работники дали Вам переведённый список цен.

Пациенты, не входящие в Систему государственного медицинского страхования (Medicare)

Форма сбора данных

Вы были классифицированы как пациент, не входящий в систему государственного медицинского страхования (Medicare). Это значит, что Вы не имеете права на бесплатное лечение в Австралии. Вам будет необходимо полностью оплачивать стоимость Вашего лечения. Если у Вас есть частное медицинское страхование, страхование поездок или другой вид страхования, то, вероятно, Вы сможете потребовать возмещение некоторой части Ваших затрат. Мы рекомендуем Вам подтвердить это с Вашей страховой компанией.

Согласие на оплату

Подписывая этот документ, я, _____, подтверждаю, что мне сообщили о том, что я не вхожу в систему государственного медицинского страхования (Medicare), и я беру на себя ответственность за все затраты, связанные с моим лечением в этой больнице Metro North Hospital и её здравоохранительной клинике. Делая данное заявление, я соглашаюсь с тем, что я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в этом документе.

Я понимаю, что:

- Я уполномочиваю больницу Metro North Hospital и её здравоохранительную службу снимать суммы, указанные в Списке примерной стоимости услуг на странице 2, при помощи предоставленных мною данных кредитной карты.
- Список примерной стоимости услуг на странице 2 является лишь приблизительным расчётом затрат, которые я могу понести во время моего лечения, и реальные суммы могут отличаться от указанных. Более того, могут потребоваться и дополнительные затраты.
- Если я выбрал(а) лечение в качестве частного пациента, то дальнейшие затраты могут потребоваться по решению частного врача, и мне необходимо подтвердить это с моим лечащим врачом.
- Эта информация не включает в себя оплату приходящего частного медицинского специалиста, если он проводит хирургическую операцию или анестезию, поскольку эти затраты вычисляются за пределами больницы, в которой находится пациент. Мне предоставят отдельные счета на эти услуги.
- Все затраты, связанные с моим лечением и не оплаченные до начала лечения, включая те, которые превышают расчёты в Списке примерной стоимости услуг, будут включены в отправленный мне счёт и должны быть оплачены в течение 30-ти дней с даты выдачи счёта. Если я не произведу оплату в указанное время, то данная сумма будет считаться моим долгом больнице Metro North Hospital и её здравоохранительной службе, которые будут вправе потребовать у меня выплаты долга либо напрямую, либо через агентство по взысканию долгов.
- Особенно трудно произвести предварительный расчёт стоимости диагностической визуализации, клинических лабораторных исследований и стоимости лекарств до начала моего лечения, и существует вероятность, что, если подобные услуги потребуются, то реальные затраты на моё лечение превысят предоставленный мне предварительный расчёт. Я даю разрешение на снятие дополнительной суммы до 1000 долларов с моей кредитной карты на покрытие прочих амбулаторных расходов в том случае, если мне потребуется диагностическая визуализация, клинические лабораторные исследования или лекарства во время моей госпитализации и/или лечения. Я понимаю, что с меня будут взиматься только реальные затраты, вплоть до этой максимальной суммы. Если понадобятся прочие амбулаторные расходы, превышающие 1000 долларов, то мне выпишут на них отдельный счёт.
- Если больница Metro North Hospital и её здравоохранительная клиника согласились контактировать напрямую с моим частным страховым фондом или другой страховой компанией от моего имени, то я уполномочиваю больницу Metro North Hospital и её здравоохранительную клинику предоставлять страховой компании или частному страховому фонду всю мою личную и медицинскую информацию, включая общую клиническую протокольную информацию (Hospital Casemix Protocol information) и историю болезни, по мере необходимости.
- От меня может потребоваться предоставить дополнительную информацию с целью установления моего права на бесплатные здравоохранительные услуги в Австралии, например, паспорт, визу или другой документ, удостоверяющий личность. Я даю согласие на то, чтобы больница Metro North Hospital и её здравоохранительная клиника использовали личную информацию, предоставленную мной, для установления моего права на вышеуказанные услуги, что может включать в себя предоставление всей моей личной информации в Департамент иммиграции и защиты государственной границы, в том случае, если потребуется подтверждение моего визового статуса.
- Предоставление ложной или вводящей в заблуждение информации считается мошенничеством, и могут быть предприняты шаги по оповещению соответствующих органов.

Пациент / Родитель / Представитель (обвести)

Работник-свидетель

Имя (печатными буквами)

Имя (печатными буквами)

Подпись

Подпись

Дата

Дата

Affix Patient Label