

Solicite ao funcionário uma tabela de preços traduzida

## Pacientes Não Elegíveis ao Medicare

### Formulário de Coleta de Dados

*Affix Patient Label*

Você foi classificado como um paciente Não Elegível ao Medicare. Portanto, você não é elegível ao sistema de saúde gratuito na Austrália. Você precisará pagar todas as taxas associadas com o seu tratamento. Caso tenha plano de saúde privado, seguro de viagem ou outro tipo de seguro você pode ser capaz de solicitar reembolso de uma parte dos custos. Recomendamos que isso seja confirmado com a sua seguradora.

### Reconhecimento das taxas

Ao assinar este documento, eu, \_\_\_\_\_, confirmo que fui informado que sou um paciente não elegível ao Medicare e aceito responsabilidade por todas as taxas associadas com o meu tratamento neste estabelecimento Metro North Hospital and Health Service. Ao fazer esta declaração, reconheço que li e entendi as informações contidas neste documento.

#### Eu entendo que:

- Eu autorizo o Metro North Hospital and Health Service a deduzir a quantia estipulada na Estimativa de Custo fornecida na página 2 usando os dados do cartão de crédito que forneci.
- A Estimativa de Custo fornecida na página 2 é somente uma indicação aproximada dos custos que posso incorrer durante o meu tratamento e os valores finais podem variar e pode haver custos adicionais.
- Caso eu tenha optado por receber o tratamento como paciente particular, pode haver custos adicionais a critério do especialista privado e eu devo confirmar os valores com o meu especialista.
- Essa informação não inclui taxas de Médicos Visitantes particulares caso estejam realizando cirurgia ou anestesia, pois esses valores são cobrados externamente, e não pela admissão hospitalar. Receberei uma cobrança separada com relação a esses valores.
- Todos os custos associados com o meu tratamento que não sejam pré-pagos, incluindo os valores acima da Estimativa de Custo, serão inclusos na cobrança que me será enviada, esses valores deverão ser pagos dentro de 30 dias da data de emissão da cobrança. Caso o pagamento não seja efetuado no prazo acima, os valores em aberto serão uma dívida vencida e devida ao Metro North Hospital and Health Service, o qual se reserva o direito de resgatar a minha dívida, diretamente ou com o uso de uma agência de cobrança.
- É particularmente difícil estimar os custos para Diagnóstico por Imagem, Patologia, e Produtos Farmacêuticos antes do meu tratamento e provavelmente, caso esses serviços sejam necessários, os custos finais do meu tratamento estarão acima da Estimativa de Custo fornecida. Eu pré-autorizo um valor adicional de até \$1.000 a ser deduzido do meu cartão de crédito para Outras Taxas de Pacientes Externos no caso de haver necessidade de Diagnóstico por Imagem, Patologia, ou Produtos Farmacêuticos durante minha admissão hospitalar e/ou tratamento. Entendo que somente serei cobrado os valores reais utilizados, até o valor máximo acima. Receberei uma cobrança separada para quaisquer Outras Taxas para Pacientes Externos acima de \$1.000.
- Caso o Metro North Hospital and Health Service tenha concordado em lidar diretamente com o meu plano de saúde privado ou outra seguradora, em meu nome, autorizo o Metro North Hospital and Health Service a fornecer à seguradora ou ao plano de saúde privado todos os meus dados pessoais e médicos, incluindo as informações do Hospital Casemix Protocol e o meu histórico médico, conforme necessário.
- Pode ser necessário enviar informações adicionais para avaliar a minha elegibilidade ao sistema de saúde gratuito na Austrália, por exemplo, passaporte, visto ou outra prova de identidade. Autorizo o Metro North Hospital and Health Service a usar as informações pessoais fornecidas com a finalidade de avaliar a minha elegibilidade ao serviço, incluindo envio de todas as minhas informações pessoais ao Departamento de Imigração de Proteção de Fronteiras caso haja necessidade de confirmação do meu visto.
- O fornecimento de informações falsas ou errôneas é considerado fraudulento e as medidas cabíveis podem ser tomadas para informar as autoridades relevantes.

Paciente / Pais / Representante (circular)

\_\_\_\_\_  
Nome (impresso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Funcionário Testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome (impresso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data