

वित्तीय नीति और प्रकटीकरण विवरण - Financial Policies

रोगी की कानूनी नाम: _____ जन्म तिथि: _____

रोगी की जिम्मेदारियां

- खाते के गारंटर के रूप में पहचाना गया व्यक्ति खर्च के भुगतान के लिए जिम्मेदार है। इस व्यक्ति को रोगी सूचना प्रपत्र पर पहचाना जाता है, और उसे किसी भी समय अपडेट किया जा सकता है।
- नाबालिग: माता-पिता या अभिभावक जो पहले नाबालिग मरीज को हमारे कार्यालय में लाते हैं, वह नाबालिग के चिकित्सा खर्च के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदार पार्टी का निर्धारण करेगा। पहचान की गई पार्टी को तलाक़ या हिरासत की व्यवस्था के प्रावधानों की परवाह किए बिना और बीमा ग्राहक के साथ बच्चों का रिश्ता की परवाह किए बिना भुगतान करना आवश्यक है।
- सभी बीमा योजनाओं के बारे में हमारे कार्यालय को सूचित करना और सटीक जानकारी प्रदान करना रोगी की जिम्मेदारी है। हमारे रोगियों की ओर से अनुबंध किया गया बीमा कंपनियों को, हमारे कार्यालय बिल देंगे। यदि हम मरीज की योजना में भाग नहीं लेते हैं, तो सेवा के समय पूर्ण भुगतान की आवश्यकता होती है। हालांकि, रोगी/ गारंटर स्वयं दावा दायर कर सकता है। रोकआउट में प्रक्रिया और नैदानिक कोड की एक प्रति का अनुरोध किया जा सकता है। यह बीमा दावे दाखिल करने में सहायता कर सकता है।
- ऐसे खर्च जो बीमा और को-पेमेंट द्वारा कवर नहीं किए जाते हैं, सेवा के समय लिये जाते हैं।
- कृपया ध्यान रखें कि बीमा से भुगतान की गारंटी नहीं दी जा सकती है, और कभी-कभी बनेफिट तब तक निर्धारित नहीं किए जाते हैं जब तक कि आपका दावा संसाधित नहीं होता है।
- बीमा द्वारा कवर या समायोजित नहीं किए गए सभी शेष के लिए गारंटर को एक बयान भेजा जाएगा।
- यह रोगी/ गारंटर की जिम्मेदारी है कि वह जाने। अपने बीमा कौनसे सेवाओं को कवर करता है। उदाहरण के लिए, यदि आप निम्नलिखित में से कोई भी लागू हो, तो आप किसी भी खर्च के लिए जिम्मेदार होंगे: (i) आपकी स्वास्थ्य योजना को प्राथमिक देखभाल चिकित्सक द्वारा पूर्व पाधिकरण या रेफरल की आवश्यकता होती है, और आपने ऐसा पाधिकरण या रेफरल प्राप्त नहीं किया है, (ii) आप इस तरह के पाधिकरण या रेफरल से अधिक में सेवाएं प्राप्त किये हैं; (iii) आपकी स्वास्थ्य योजना निर्धारित करती है कि प्राप्त की गई सेवाएं चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं और/ या आपकी स्वास्थ्य योजना से आच्छादित नहीं हैं; (iv) आपका स्वास्थ्य कवरेज सेवा का समय बीत या समाप्त हो गया है; (v) आपने अपने स्वास्थ्य बीमा कवरेज का उपयोग नहीं करने के लिए चुने है। यदि हम रोगी की योजना में भाग नहीं लेते हैं, तो सेवा के समय पूर्ण भुगतान की आवश्यकता होती है।
- रोगी/ गारंटर को बीमा का उपयोग नहीं करने का विकल्प होता है और यदि वे ऐसे करते हैं, तो उन्हें "स्वास्थ्य योजना के बनेफिटों से फूट का नोटिस" फॉर्म भरना होगा और सेवा के समय पूरा भुगतान करना होगा।
- यदि कोई पश्न हैं, तो सहायता के लिए हमारा विलिंग विभाग उपलब्ध है और (530) 433-5050 पर पहुंचा जा सकता है।

चिकित्सा बनाम दृष्टि बीमा

- बीमा योजना चिकित्सा और "दृष्टि" कवरेज के बीच अंतर करते हैं। अधिकांश चिकित्सा बीमा योजनाएं, जिनमें मेडिकेयर हैं, सामान्य विजन सेवाएं जैसे रीफ्रैक्शन और कॉन्टैक्ट लेंस फिटिंग के लिए भुगतान नहीं करते हैं। अधिकांश विजन योजनाएं 'मेडिकल' सेवाओं जैसे नैदानिक परीक्षण और प्रक्रियाएं के लिए भुगतान नहीं करते हैं।
- जब कुछ चिकित्सा समस्याएं स्पष्ट होती हैं, जब आपको आंख की समस्या होती है, तो आपके लिए यह जानना तगभग असंभव है कि यह "दृष्टि" या "चिकित्सा" समस्या है। जाने का कारण और डॉक्टर के निष्कर्षों से जिन बीमा(ओं) को हमें बिल बनाने को निर्धारित करने में मदद मिलेगी।

शेष राशि अतिदेय

- यदि संरक्षक/ गारंटर के पास बकाया राशि है, तो उसे हमारे प्रदाताओं द्वारा देखे जाने से पहले शेष राशि का भुगतान करने की अपेक्षा की जाएगी। जब तक शेष राशि का भुगतान नहीं किया जाता है तब तक रोगियों को एक बयान भेजा जाएगा।

नीचे हस्ताक्षर करके, मैंने वित्तीय नीतियों को पढ़ा और समझा और यह भी समझा है कि North Valley Eye Care को बिना किसी सूचना किसी या सभी खर्च को बदलने का अधिकार सुरक्षित है। मैं इस बात का अधिकार देता हूँ और अनुरोध करता हूँ कि बीमा और अन्य सभी उचित बनेफिट प्रैक्टिस के द्वारा नियोजित सभी चिकित्सकों के लिए सीधे प्रैक्टिस को मेरी ओर से किए जाएं। संबंधित सेवाओं के बनेफिटों को निर्धारित करने के लिए आवश्यक मेरे बारे में किसी भी चिकित्सा जानकारी की रिहाई को मैं अधिकृत करता हूँ।

रोगी / माता-पिता / अभिभावक / संरक्षक

रोगी का हस्ताक्षर असमर्थता का कारण

Form: Financial Hindi NVEC

North Valley Eye Care, 1700 Bruce Rd. Chico, CA 95928 (530) 891-1900