

Tôi xác nhận rằng các thông tin trên là đúng và đầy đủ theo hiểu biết của tôi. Tôi ủy quyền cho phòng khám nhận thanh toán trực tiếp các quyền lợi bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản chi phí còn lại, nếu có. Tôi cũng cho phép công ty bảo hiểm cung cấp mọi thông tin cần thiết để xử lý các yêu cầu bảo hiểm của tôi.

Chữ Ký Bệnh Nhân/Người Đại Diện

Ngày

Sự đồng ý

ĐỒNG Ý CÓ THÔNG TIN

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin thu thập được trong quá trình đánh giá là thông tin bảo mật và sẽ không được tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi.

Giấy ủy quyền này có sẵn tại phòng khám hoặc có thể được hoàn tất cùng với cá nhân mà tôi cho phép tiếp cận thông tin, sau đó nộp lại cho phòng khám.

Tôi cũng hiểu rằng có một số trường hợp ngoại lệ hiếm hoi mà pháp luật yêu cầu phải tiết lộ thông tin, có hoặc không có sự đồng ý của tôi. Những trường hợp này bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

1. Khi có nghi ngờ hoặc bằng chứng về việc lạm dụng thể chất và/hoặc tình dục đối với trẻ em hoặc người cao tuổi;
2. Khi bác sĩ lâm sàng đánh giá rằng tôi đang có nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc cho người khác; và
3. Khi hồ sơ của tôi được yêu cầu theo trát của tòa án.

Trong những trường hợp này, phòng khám sẽ cố gắng trao đổi với tôi trước khi tiết lộ thông tin, khi điều đó là phù hợp, và sẽ chỉ tiết lộ ở mức tối thiểu cần thiết nhằm đảm bảo an toàn và tuân thủ pháp luật.

ĐỒNG Ý ĐÁNH GIÁ TÂM THẦN

Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đồng ý tham gia đánh giá tâm lý tại Phòng Khám Tâm Thần Progeny, rằng tôi đã được thông báo về các chính sách liên quan đến đánh giá tại phòng khám và đã đọc bản mẫu đồng ý 5 trang cũng như các chính sách liên quan đến việc đến trễ/hủy bỏ và vắng mặt cuộc hẹn; và tôi đồng ý với tất cả các thỏa thuận thanh toán được nêu trong mẫu này. Tôi hoàn toàn hiểu quyền và nghĩa vụ của mình với tư cách là khách hàng tại PPC và tự do đồng ý với đánh giá này.

Chữ ký Bệnh nhân/Người đại diện

Ngày

Miễn trừ trách nhiệm của nhà cung cấp

Các dịch vụ Quản lý Thuốc có thể được cung cấp bởi bác sĩ, y tá thực hành (Nurse Practitioner) hoặc bác sĩ phụ tá (Physician Associate). Tất cả những người trên đều có khả năng đánh giá, chẩn đoán và kê đơn thuốc. ***Trong trường hợp nhà cung cấp của bạn không có mặt, bạn có thể được điều trị bởi một trong các nhà cung cấp khác của chúng tôi.***

Các dịch vụ trị liệu có thể được cung cấp bởi nhà tâm lý học, cố vấn, nhà trị liệu hôn nhân-gia đình được cấp phép, nhà trị liệu hôn nhân-gia đình trợ lý, chuyên gia xã hội lâm sàng được cấp phép, hoặc chuyên gia xã hội lâm sàng trợ lý.

Phòng khám của chúng tôi cũng có sinh viên hoàn thành giờ học cùng với một trong các nhà lâm sàng được cấp phép. Bạn có quyền từ chối được gặp sinh viên và yêu cầu nhà lâm sàng của bạn nếu muốn. (Có thể cần đặt lại lịch nếu họ không có mặt ngay lập tức)

Xác nhận của bệnh nhân về các nhà cung cấp độc lập

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với các nội dung nêu trên liên quan đến việc chăm sóc của tôi tại Phòng Khám Tâm Thần Progeny.

Tôi cũng hiểu rằng các nhân viên y tế tại Phòng Khám Tâm Thần Progeny (PPC) là các nhà thầu độc lập.

Các nhân viên này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Bác sĩ Tâm thần; Y tá Thực hành; Trợ lý Bác sĩ; Nhân viên Xã hội Lâm sàng có Giấy phép; Nhân viên Xã hội Hỗ trợ; Nhà trị liệu Hôn nhân và Gia đình có Giấy phép; Nhà trị liệu Hôn nhân và Gia đình Hỗ trợ; Cố vấn Lâm sàng Chuyên nghiệp có Giấy phép; Cố vấn Lâm sàng Chuyên nghiệp Hỗ trợ; và các Nhà Tâm lý học.

PPC cam kết rằng tại mỗi cơ sở của phòng khám luôn có bác sĩ có giấy phép hành nghề.

Ngoài ra, mỗi cơ sở đều được bố trí đầy đủ đội ngũ nhân viên y tế, bao gồm Y tá Thực hành và Trợ lý Bác sĩ.

Khi bạn đến PPC để được quản lý thuốc, việc chăm sóc của bạn có thể được thực hiện xuyên suốt bởi Y tá Thực hành hoặc Trợ lý Bác sĩ. Nếu bạn mong muốn có Bác sĩ trực tiếp giám sát hoặc tham gia vào quá trình chăm sóc của mình, xin vui lòng thông báo cho nhân viên của chúng tôi để được hỗ trợ.

Tuy nhiên, xin lưu ý rằng việc gặp bác sĩ có thể mất thời gian chờ lâu hơn so với việc gặp Y tá thực hành hoặc Trợ lý Bác sĩ. Mặc dù chúng tôi ưu tiên sự hợp tác giữa các nhân viên y tế, nhưng ưu tiên hàng đầu của chúng tôi là đảm bảo bệnh nhân được khám kịp thời.

Tôi hiểu rằng toàn bộ quá trình chăm sóc sức khỏe tâm thần của tôi rất có thể sẽ được thực hiện bởi một Y tá Thực hành hoặc Trợ lý Bác sĩ, những người hành nghề y như những nhà thầu độc lập. Y tá Thực hành và Trợ lý Bác sĩ hoạt động với số giấy phép tiểu bang riêng và số DEA riêng của họ.

Chữ ký Bệnh nhân/Người đại diện

Ngày

Tôi được giới thiệu trực tiếp đến _____ . (Ai
là người quản lý thuốc của tôi).

Tôi hiểu rằng tất cả chăm sóc **tâm thần** của tôi sẽ được cung cấp bởi nhà lâm sàng này trừ khi họ không có mặt, trong trường hợp đó tôi có thể được phục vụ bởi nhà cung cấp khác trong phòng khám.

Nhà trị liệu của tôi là: _____

Thỏa thuận Bảo mật

CHÍNH SÁCH BẢO MẬT

Bảo mật là quyền pháp lý về sự riêng tư dành cho tất cả bệnh nhân nhận dịch vụ tâm thần và tâm lý. Tất cả thông tin cá nhân cung cấp cho văn phòng này sẽ không được thảo luận với bất kỳ cá nhân hay đại diện nào bên ngoài văn phòng, trừ khi được cho phép bằng văn bản hoặc theo yêu cầu của pháp luật. Tuy nhiên, có một số ngoại lệ đối với bảo mật. Xin lưu ý, tất cả thông tin thảo luận tại văn phòng này sẽ vẫn được giữ bí mật, ngoại trừ các trường hợp sau được quy định trong thỏa thuận này:

- Khi bạn đồng ý bằng văn bản cho Phòng Khám Tâm Thần Progeny tiết lộ và cung cấp thông tin cho một thực thể hoặc cá nhân khác (như chi tiết trong giấy ủy quyền phát hành PHI).
 - Việc vi phạm bảo mật được yêu cầu hoặc cho phép theo pháp luật. Ví dụ bao gồm các trường hợp Phòng Khám Tâm Thần Progeny có nghi ngờ hợp lý về lạm dụng trẻ em, lạm dụng người cao tuổi/người phụ thuộc, nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác, và các vấn đề khác theo pháp luật.
 - Phòng Khám Tâm Thần Progeny có quyền quyết định tham khảo ý kiến đồng nghiệp hoặc luật sư về trường hợp của bạn, trong trường hợp này không tiết lộ thông tin nhận dạng.
 - Nếu bạn không thanh toán đều đặn hóa đơn tồn đọng, việc này có thể dẫn đến việc hóa đơn của bạn bị chuyển cho công ty thu nợ hoặc gửi đến tòa án xử vụ kiện nhỏ.
 - Khi nhận thông báo từ cơ quan dịch vụ xã hội, tất cả thông tin chia sẻ với Pacific Psychiatric Group sẽ được truyền đạt cho nhân viên xã hội được phân công và/hoặc các đại diện và đại lý SSA khác.
-
- Nếu bạn là một bên trong vụ kiện, bao gồm cả kiện ly hôn, và bạn đưa tình trạng tâm thần của mình thành vấn đề, quyền đặc quyền của bạn có thể bị từ bỏ. Trong trường hợp giám hộ, bạn có thể được yêu cầu từ bỏ đặc quyền của mình để tạo điều kiện cho việc đánh giá bởi người đánh giá do tòa án chỉ định. PPC có thể được yêu cầu cung cấp hồ sơ của bạn và/hoặc làm chứng tại phiên điều trần hoặc xét xử nếu chúng tôi nhận được trát tòa hoặc lệnh của tòa án. Chúng tôi không thể cung cấp tư vấn pháp lý về hành động nào có thể hoặc không thể làm mất quyền đặc quyền của bạn.
 - Xin lưu ý rằng theo Bộ luật Gia đình của California, cha/mẹ không có quyền giám hộ vẫn có thể được quyền biết thông tin về việc điều trị của con mình.

LƯU Ý DÀNH CHO PHỤ HUYNH VỀ SỰ BẢO MẬT CỦA TRẺ EM

Do đó, bạn hiểu rằng hầu hết thông tin cá nhân mà con bạn thảo luận với nhà trị liệu sẽ thường không được chia sẻ với bạn. Thay vào đó, bác sĩ của con bạn sẽ cung cấp cho bạn các tóm tắt chung về tiến trình của con mà không bao gồm các chi tiết riêng tư. Văn phòng này cam kết thông báo cho bạn về các triệu chứng hoặc hành vi bất thường hoặc nguy hiểm (như bạo lực, lạm dụng trẻ em, tự hại, ý định tự tử, hoặc ý định gây hại cho người khác, tự hại bản thân, lái xe khi say xỉn, v.v.).

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

Chính sách của phòng khám

CHÍNH SÁCH HẸN GẶP

Đánh giá ban đầu, thẩm định và các buổi trị liệu đầy đủ thường kéo dài từ 30 đến 60 phút. Các buổi tiếp theo kéo dài từ 15-30 phút. Buổi quản lý thuốc thường kéo dài khoảng 15 phút, tùy theo từng trường hợp. Tuy nhiên, các buổi này có thể kéo dài hơn dự kiến. Tất cả giấy tờ và việc nộp tiền đồng thanh toán phải được thực hiện trước khi buổi trị liệu bắt đầu. Vui lòng đến trước 15 phút so với giờ hẹn để thuận tiện cho việc vận hành. Vui lòng tuân thủ thời gian để không ảnh hưởng đến bệnh nhân tiếp theo đang chờ. Nếu trở lại sau 1 năm, bạn sẽ được coi là bệnh nhân mới và phải được đánh giá lại.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

DỊCH VỤ KHẨN CẤP / CẤP CỨU

Chúng tôi là phòng khám ngoại trú và không được trang bị để xử lý các dịch vụ y tế khẩn cấp. Chúng tôi muốn đảm bảo rằng bạn được chăm sóc thích hợp khi cần. Vì lý do này, chúng tôi khuyến nghị nếu bạn gặp bất kỳ phản ứng phụ nghiêm trọng nào hoặc có ý định tự tử hiện tại, vui lòng gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất. Sau khi nhận được chăm sóc khẩn cấp, vui lòng theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ ngoại trú của bạn để thảo luận về bất kỳ thay đổi nào được thực hiện tại bệnh viện (họ cũng sẽ khuyến nghị việc này trước khi xuất viện).

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

CHÍNH SÁCH HỦY HẸN TRONG 24 TIẾNG & ĐẾN MUỘN

Tất cả việc hủy hoặc thay đổi cuộc hẹn phải được thực hiện trong vòng 24 tiếng, nếu không bệnh nhân có thể phải chịu phí không đến hẹn.

Lý do của chính sách này: Thông báo ý định hủy hoặc dời lịch trước 24 tiếng tạo cơ hội để sắp xếp cho người khác vào khung giờ đó. Điều này quan trọng vì có thể có người khác đang trong danh sách chờ hoặc cũng muốn tìm cơ hội dời lịch sang thời gian khác. Chúng tôi đánh giá cao càng nhiều thông báo trước càng tốt.

****Nếu bạn không đến cuộc hẹn đã định, bạn sẽ bị tính phí cho buổi hẹn đã bỏ lỡ.**

****Email hoặc tin nhắn thoại gửi trong khung thời gian quy định được coi là thông báo hợp lệ.**

Vì việc gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm cho buổi hẹn đã bỏ lỡ là bất hợp pháp, bạn sẽ phải chịu toàn bộ phí của buổi hẹn đó tự trả (kết quả là chi phí sẽ cao hơn nhiều so với buổi hẹn đã thực hiện). Mức phí theo giờ bằng tiền mặt sẽ thay đổi tùy theo từng nhà cung cấp dịch vụ:

Chính sách hủy hẹn này là tiêu chuẩn trong lĩnh vực y tế và sức khỏe tâm thần và sẽ được thực hiện nghiêm ngặt. Đôi khi sẽ có những lý do dễ hiểu cho việc bỏ lỡ cuộc hẹn, nhưng các ngoại lệ sẽ rất hiếm. Nếu bạn không đến hẹn ba (3) lần trong một năm dương lịch, chúng tôi sẽ ngừng cung cấp dịch vụ điều trị.

Số điện thoại hủy hẹn & đến muộn: 949-722-7118. Vui lòng lưu số này ở nơi thuận tiện cho bạn nếu cần.

ĐẾN MUỘN:

Nếu bạn đến muộn, quyết định xem bạn vào ngày đó hay yêu cầu dời lịch sẽ do nhà cung cấp dịch vụ quyết định. Gọi điện thông báo đến muộn không đảm bảo bạn sẽ được tiếp vì chúng tôi không có thời gian gia hạn. Các buổi hẹn bỏ lỡ sẽ được coi là không đến hẹn.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

HÌNH THỨC LIÊN LẠC

- Bạn có thể liên hệ với văn phòng chúng tôi qua: điện thoại, email, gửi biểu mẫu trực tuyến, nhắn tin trên Yelp hoặc tin nhắn thoại.
- Vui lòng cho phép nhân viên tiếp tân của chúng tôi tối đa hai ngày làm việc để trả lời email của bạn.
- Các nhà cung cấp dịch vụ có thể có thời gian phản hồi riêng cho email, vui lòng thảo luận điều này với nhà cung cấp của bạn.
- Tin nhắn thoại sẽ được trả lời trong vòng 1 ngày làm việc. Vui lòng đảm bảo để lại tin nhắn đầy đủ để chúng tôi có thể hỗ trợ bạn đúng cách.

- Tin nhắn văn bản và email nhắc nhở sẽ được gửi đến số điện thoại và/hoặc email mà bạn cung cấp. *Những lời nhắc này là miễn phí, vui lòng cũng ghi chú lại cuộc hẹn của bạn.* Nếu bất cứ lúc nào bạn muốn hủy chúng, vui lòng thông báo cho nhân viên tiếp tân của chúng tôi.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

ỦY QUYỀN TRƯỚC CHO THUỐC

Văn phòng của chúng tôi có thể nộp các đơn PA cho thuốc. Bệnh nhân có trách nhiệm đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin bảo hiểm, liên hệ và thanh toán cập nhật nhất để chúng tôi có thể nộp cho kế hoạch phù hợp. Phê duyệt ủy quyền trước không được đảm bảo và phụ thuộc vào bảo hiểm của bạn. Việc ủy quyền trước có thể mất từ 5 đến 7 ngày làm việc để hoàn tất, kể từ ngày chúng tôi nhận được thông báo yêu cầu.

CHÍNH SÁCH TÁI CẤP THUỐC

- Bạn có trách nhiệm thông báo cho văn phòng vào thời điểm cuộc hẹn của bạn nếu bạn sắp hết thuốc để chúng tôi tránh tình trạng thiếu thuốc.
- Nếu bạn sử dụng dịch vụ gửi thuốc qua bưu điện, bạn có trách nhiệm gửi các mẫu đơn và đơn thuốc sau khi chúng tôi điền xong để tránh nhầm lẫn.
- Việc tái cấp thuốc phải được thực hiện trong cuộc hẹn của bạn, trong những trường hợp bất ngờ nếu bạn hết thuốc; vui lòng liên hệ văn phòng trong giờ làm việc. Chúng tôi sẽ vui lòng tái cấp thuốc không kiểm soát của bạn nếu bạn có cuộc hẹn tái khám đã lên lịch hoặc chúng tôi sẽ sắp xếp bạn với nhà cung cấp tiếp theo có sẵn.
- Các đơn thuốc kiểm soát bị mất/cướp có thể yêu cầu báo cáo cảnh sát và chỉ được tái cấp nếu an toàn về mặt y tế.
- Việc tái cấp thuốc không đảm bảo bảo hiểm chi trả, vui lòng tham khảo nhà thuốc của bạn về vấn đề bảo hiểm.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

CHUYỂN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ

Bạn có thể gặp nhà cung cấp khác trong phòng khám nếu nhà cung cấp của bạn không có mặt. Điều này không được coi là thay đổi nhà cung cấp. Thay đổi nhà cung cấp có nghĩa là bạn muốn dừng chăm sóc với nhà cung cấp hiện tại và bắt đầu chăm sóc với nhà cung cấp khác. Mục tiêu của chúng tôi là bạn có một mối quan hệ ổn định và tiếp tục được chăm sóc. Chúng tôi sẽ giới hạn việc thay đổi nhà cung cấp sau 2 lần. Khi thay đổi nhà cung cấp, phải có lý do khác ngoài việc không đồng ý với kế hoạch điều trị (yêu cầu thuốc cụ thể mà nhà cung cấp từ chối, yêu cầu tăng liều mà nhà cung cấp từ chối, chỉ yêu cầu thuốc kiểm soát mà nhà cung cấp từ chối, v.v.)

Thuốc và chăm sóc được cung cấp sẽ dựa trên đánh giá của nhà cung cấp của bạn và chỉ được sử dụng khi thích hợp về mặt y tế. Nếu bạn không đồng ý với kế hoạch điều trị của mình, chúng tôi có thể yêu cầu bạn tìm ý kiến thứ hai bên ngoài phòng khám của chúng tôi.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

CHẤM DỨT CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

Sứ mệnh của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cho tất cả bệnh nhân hiện có. Mối quan hệ hợp tác giữa văn phòng của chúng tôi và bệnh nhân là điều cần thiết cho việc chăm sóc và bất kỳ tổn hại nào đối với mối quan hệ này có thể gây hại. Vui lòng xem dưới đây các lý do có thể dẫn đến việc chấm dứt chăm sóc.

- **Không tuân thủ điều trị**
- **Không tuân thủ chính sách tham dự**
- **Không tuân thủ chính sách của phòng khám**
- **Hành vi hung hăng hoặc bạo lực**

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

BIỂU MẪU / GIẤY TỜ

Mọi biểu mẫu yêu cầu phải được thảo luận trước với nhà cung cấp của bạn. Việc đồng ý thực hiện các biểu mẫu, thư từ và giấy tờ về khuyết tật tùy thuộc vào quyết định của nhà cung cấp. Thời gian xử lý chung cho giấy tờ của chúng tôi là từ 5 đến 7 ngày làm việc (tối đa 14 ngày làm việc đối với một số biểu mẫu) nhưng có thể thay đổi trong những tình huống không lường trước. Vui lòng đảm bảo mang các yêu cầu của bạn đến kịp thời. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2023, tất cả các tài liệu và biểu mẫu yêu cầu nhà cung cấp hoàn thiện sẽ phải chịu phí thanh toán. Các khoản phí không được bảo hiểm chi trả là trách nhiệm của bệnh nhân / các bên chịu trách nhiệm.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

Điều Khoản Tài Chính

Xin lưu ý, bạn có trách nhiệm xin phê duyệt trước cho việc điều trị từ công ty bảo hiểm của bạn. Ngoài ra, bạn cũng chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các khoản đồng thanh toán (co-pay) và các dịch vụ bảo hiểm khi được thực hiện.

Hơn nữa, tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cho các khoản chi phí không được bảo hiểm chi trả. Tôi đồng ý rằng nếu vào bất kỳ thời điểm nào trong quá trình điều trị, tôi nhận ra rằng mình không đủ điều kiện để được bảo hiểm chi trả, tôi sẽ thông báo ngay cho PPC. Tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chính cho 100% các khoản chi phí đã được lập hóa đơn. Tôi đồng ý thông báo cho PPC về bất kỳ thay đổi nào về thông tin cá nhân và/hoặc bảo hiểm của tôi; văn phòng lưu giữ một thẻ tín dụng hiện hành của tôi.

Đối với bệnh nhân Medicare, bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý thanh toán 20% cho lần khám ban đầu, tất cả các lần khám tiếp theo, và bất kỳ khoản khấu trừ nào.

BỘ PHẬN THANH TOÁN CỦA CHÚNG TÔI LÀ MIS FINANCIAL; BẠN CÓ THỂ LIÊN HỆ HỌ THEO SỐ 949-955-2101

ĐIỀU KHOẢN THANH TOÁN VÀ DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BẢO HIỂM

Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị tính phí theo mức giờ thông thường từ \$150-\$400 cho các dịch vụ cần thiết ngoài các buổi điều trị. Những dịch vụ này bao gồm tư vấn với các chuyên gia khác. Tôi sẽ bị tính phí cho việc giám hộ, đơn thỉnh cầu, các mẫu đơn trợ cấp khuyết tật, hoặc bất kỳ thư nào cần thiết cho nghỉ phép y tế.

Xin lưu ý, nếu cần thiết PPC phải thuê luật sư để thực thi bất kỳ điều khoản nào nêu trên, tôi hiểu rằng tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí phát sinh bao gồm cả phí luật sư hợp lý.

Hình Thức Thanh Toán. Các dịch vụ phải được thanh toán trước mỗi cuộc hẹn. Vui lòng viết séc trả cho Progeny Psychiatric Clinic. Để thuận tiện cho bạn, chúng tôi chấp nhận tiền mặt, thẻ ghi nợ và thẻ tín dụng. Xin lưu ý rằng sẽ áp

dụng phí xử lý 3% đối với tất cả các giao dịch thanh toán bằng thẻ tín dụng. Các giao dịch bằng thẻ ghi nợ sẽ không bị tính phí này. Biên lai sẽ được cung cấp theo yêu cầu vào đầu cuộc hẹn.

Thanh Toán Nhanh. Số dư không được thanh toán trong vòng 30 ngày sẽ được coi là “QUÁ HẠN”. Số dư không được thanh toán trong vòng 60 ngày có thể được gửi đến cơ quan thu nợ của chúng tôi hoặc theo kiện tụng tại tòa án dân sự. Nếu bạn không thể thanh toán đầy đủ, bạn đồng ý thiết lập một kế hoạch thanh toán với bộ phận thanh toán của chúng tôi (số tiền có thể thay đổi).

Yêu Cầu Bảo Hiểm. Xin lưu ý, bạn phải thanh toán tất cả các dịch vụ đã được thực hiện mà không được bảo hiểm chi trả.

PHÍ SÉC TRẢ LẠI. Phí séc trả lại là \$25.00. Nếu vì lý do nào đó séc bị trả lại mà chưa được thanh toán, bệnh nhân sẽ phải trả thêm năm mươi đô la (\$50.00) như khoản thanh toán do thiếu quỹ.

QUYỀN CHẤM DỨT LIỆU TRÌNH. Bạn có quyền chấm dứt liệu trình bất cứ lúc nào mà không chịu nghĩa vụ gì, ngoại trừ thanh toán cho các dịch vụ đã hoàn thành.

KÝ TÊN BAN ĐẦU (NGẮN)

CÁC DỊCH VỤ/PHÍ CHUYÊN NGHIỆP CỦA CHÚNG TÔI NHƯ SAU:

Mức Phí Thanh Toán Bằng Tiền Mặt:

Dịch Vụ Chuyên Nghiệp	Thời Lượng	Mức Phí Bác Sĩ MD/DO	Mức Phí NP/PhD	Mức Phí Liệu Trình Tâm Lý (Cộng Sự, LCSW, LMFT, LPCC)
Khám Ban Đầu	30-60 phút Liệu Trình 45-60 phút	\$400	\$300-350	\$195
Khám Theo Dõi	15-30 phút Liệu Trình 45-60 phút	\$250	\$175-\$200	\$195
Không Đến Khám	Phí Không Đến Khám	\$50	\$50	\$100

Dịch Vụ Liên Quan Đến Tòa Án: (bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến tòa án, bao gồm đánh giá, lấy lời khai, họp hội ý, làm chứng, chuẩn bị, trực phiên tòa và thời gian đi lại, báo cáo sử dụng cho mục đích pháp lý, v.v.)

Dịch Vụ Chuyên Nghiệp	Mức Phí Bác Sĩ MD/DO	Mức Phí NP/PhD	Mức Phí Liệu Trình Tâm Lý (Cộng Sự, LCSW, LMFT, LPCC)
Tính theo tỷ lệ Tối thiểu nửa ngày cho việc tham dự tòa án hoặc trạng thái trực phiên. Yêu cầu đặt cọc trước.	\$800 (Tùy theo từng trường hợp)	\$400 (Tùy theo từng trường hợp)	\$400 (Tùy theo từng trường hợp)

PHÍ ĐẶT CỌC	\$2000 (Tùy theo từng trường hợp)	\$1000 (Tùy theo từng trường hợp)	\$1000 (Tùy theo từng trường hợp)
Phải thanh toán trước ngày hầu tòa.			

Phí Tài Liệu/Mẫu Đơn:

A. Đánh Giá Của Nhà Cung Cấp

Nhà cung cấp đưa ra quyết định cuối cùng về mức độ phức tạp và thời gian cần thiết để hoàn thành bất kỳ mẫu đơn hoặc tài liệu nào được yêu cầu. Quyết định này dựa trên một số yếu tố, bao gồm:

- Tiền sử bệnh lý của bệnh nhân
- Mức độ cần xem xét hồ sơ y tế
- Mức độ chi tiết và tài liệu hỗ trợ mà mẫu đơn yêu cầu

B. Xác Định Phí

Các khoản phí được thiết lập theo bảng chuẩn bên dưới, đảm bảo công bằng và minh bạch cho tất cả bệnh nhân. Nhà cung cấp sẽ đánh giá từng yêu cầu và thông báo cho bệnh nhân trước nếu dự kiến cần thêm thời gian hoặc phát sinh chi phí.

C. Thông Báo Cho Bệnh Nhân

Bệnh nhân sẽ được thông báo về tất cả các khoản phí áp dụng trước khi bắt đầu làm bất kỳ mẫu đơn nào. Nếu một yêu cầu được dự đoán sẽ tốn nhiều thời gian hơn mức phí cơ bản tiêu chuẩn, nhà cung cấp sẽ thông báo và xin sự đồng ý của bệnh nhân trước khi tiến hành.

D. Công Bằng và Bình Đẳng

Tất cả các khoản phí phù hợp với mức trung bình quốc gia và tại California cho các phòng khám tâm thần và chăm sóc chính. Đối với bệnh nhân Medi-Cal, có áp dụng mức trần chi phí tự chi trả tối đa để đảm bảo khả năng chi trả và công bằng.

E. Bảng Phí Chuẩn Hóa Cho Hồ Sơ Y Tế & Mẫu Đơn

Loại	Mô Tả	Phí
Thư Mẫu Cơ Bản	Thư mẫu, giấy báo đi học trở lại, thư xác nhận tham dự, xác nhận tiến triển đơn giản, chẩn đoán hoặc thuốc men	Miễn Phí
Thư và Mẫu Đơn Chuẩn	Thư tường trình và/hoặc các mẫu đơn yêu cầu xem xét hồ sơ bệnh án	\$40*
Mẫu Đơn Khuyết Tật	Khuyết tật ngắn hạn và dài hạn, mẫu SSA, tài liệu được yêu cầu bởi luật sư hoặc tòa án	\$60*
*Thời Gian Dịch Vụ Bổ Sung	_____ cho mỗi 15 phút vượt quá 15 phút	\$25
Yêu Cầu Khẩn	Cho các mẫu đơn cần trong vòng 72 giờ	\$20

Mức Trần Từ Thiện Medi-Cal

Chi phí tự chi trả tối đa: \$100 cho mỗi yêu cầu

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý tuân thủ tất cả các chính sách và quy trình của Phòng Khám Tâm Thần Progeny. Tôi nhận thức rằng việc không tuân thủ các chính sách của phòng khám có thể ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ. Tôi đồng ý thông báo cho Phòng Khám Tâm Thần Progeny về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến khả năng hoặc quyền hạn của tôi trong việc đồng ý hoặc tuân thủ các chính sách này.

Chữ Ký Bệnh Nhân/Người Đại Diện

Ngày

ỦY QUYỀN THANH TOÁN BẰNG THẺ (BẮT BUỘC BẮT ĐẦU TỪ NĂM 2023: KHÔNG BẮT BUỘC ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN CALOPTIMA/LA CARE)

Tôi, _____, ủy quyền cho Phòng Khám Tâm Thần Progeny Psychiatric Clinic tính phí vào thẻ đã lưu trong hồ sơ của tôi đối với các dịch vụ cung cấp cho bệnh nhân mà không được công ty bảo hiểm chi trả, bao gồm các dịch vụ được xem là không được bảo hiểm hoặc các dịch vụ concierge như được mô tả trong phần Điều Khoản Thanh Toán và Dịch Vụ Không Được Bảo Hiểm. Tôi hiểu rằng sẽ áp dụng phí xử lý 3% đối với tất cả các giao dịch thanh toán bằng thẻ tín dụng. Các giao dịch bằng thẻ ghi nợ sẽ không bị tính phí này. Các khoản phí trên thẻ tín dụng này có thể bao gồm nhưng không giới hạn các dịch vụ khám tại phòng, phiên tư vấn qua điện thoại, thủ tục giấy tờ, hủy cuộc hẹn trễ và không xuất hiện. Tôi hiểu rằng thẻ đã lưu trong hồ sơ của tôi có thể được tự động tính phí cho các dịch vụ và khoản phí áp dụng. Tôi đồng ý thông báo cho văn phòng trước cuộc hẹn nếu tôi cần cập nhật hoặc thay đổi thẻ đã lưu.

Loại Thẻ (VUI LÒNG CHỌN MỘT):

☐ Thẻ Tín Dụng

☐ Thẻ Ghi Nợ

Mạng Lưới Thẻ: (KHOANH TRÒN)

Visa

MasterCard

Discover

AMEX

Số Thẻ: _____

Ngày Hết Hạn: _____

Mã Bảo Mật trên Thẻ: _____

Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Xác Nhận Đã Nhận Thông Báo Quyền Riêng Tư HIPAA

Với chữ ký bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận Thông Báo Quyền Riêng Tư HIPAA này.