

## Mẫu đăng ký bệnh nhân mới

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ:	Tên Đầu:	Họ Ở Giữa:	Tình trạng hôn nhân: <b>**Khoanh Tròn**</b> Độc thân / Đã kết hôn/Đã ly hôn		
Đây có phải là tên hợp pháp của bạn không? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	Nếu không, tên hợp pháp của bạn là gì?	Tên cũ:	Ngày sinh: ____/____/____	Tuổi:	Giới tính: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Địa chỉ nhà:		Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip:			
An ninh xã hội #: ____-____-____	Điện thoại nhà #:	Điện thoại di động #: (____)____-____	Số Khác (Nhà tuyển dụng) #:		
Nghề nghiệp:	Người thuê lao động:	Địa chỉ email:			
Được giới thiệu đến phòng khám theo (Tên bác sĩ / cơ sở): Các thành viên khác trong gia đình khám tại đây		Bạn đã nghe từ chúng tôi ở đâu?			

### THÔNG TIN BẢO HIỂM

**\*\*Vui lòng đưa thẻ bảo hiểm và bằng lái xe / vui lòng đưa chứng tô thư của bạn cho lễ tân.\*\***

Tên của Bảo hiểm Chính: _____					
Loại bảo hiểm:	Medi-Care	Medi-Cal	PPO	HMO	Tiền Mặt
Tên người đăng ký:	Chính sách / Số mã thành viên:			Tập đoàn #:	
Mối quan hệ của bệnh nhân với người đăng ký:				Số liên hệ của người đăng ký:	
Loại bảo hiểm:	Medi-Care	Medi-Cal	PPO	HMO	Tiền Mặt
Tên người đăng ký:	Chính sách / ID thành viên #:		Tập đoàn#:	Liên hệ Chính sách #	

### TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Tên của bạn bè hoặc người thân địa phương:	Mối quan hệ với bệnh nhân:	Điện thoại nhà #: (____)____-____	Số điện thoại cơ quan:
--	----------------------------	--------------------------------------	------------------------

Thông tin trên là đúng với sự hiểu biết của tôi. Tôi cho phép quyền lợi bảo hiểm của tôi được thanh toán trực tiếp cho bác sĩ. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về tài chính đối với bất kỳ số dư nào. Tôi cũng ủy quyền cho công ty bảo hiểm tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết để xử lý các yêu cầu của tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Bệnh nhân/ Bảo Vệ

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

**Xác nhận về việc tiếp nhận Thông báo về quyền riêng tư của HIPAA**  
Với chữ ký của tôi bên dưới, tôi biết rằng tôi đã nhận được Thông báo và Thực hành Riêng tư HIPAA này.

Bệnh nhân tên, xin vui lòng in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Bệnh nhân/ Bảo Vệ

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

## **Chào mừng đến với Văn Phòng khám Tâm thần Progeny!**

Biểu mẫu này sẽ cung cấp thông tin về các dịch vụ của chúng tôi và về các quyền và trách nhiệm của bạn với tư cách là khách hàng. Hãy đảm bảo thảo luận bất kỳ câu hỏi nào với bác sĩ của bạn hoặc nhân viên trực tiếp của chúng tôi. Chữ ký hoặc chữ viết tắt của bạn ở cuối mỗi trang cho biết rằng bạn hiểu thông tin và đồng ý với từng phần.

Nếu bạn thay đổi bảo hiểm, tên pháp lý, địa chỉ gửi thư hoặc thông tin liên hệ, vui lòng thông báo cho lễ tân càng sớm càng tốt.

### **THÔNG TIN PHÒNG KHÁM:**

Đường dây chính của chúng tôi: (949) 722 - 7118

Fax Irvine: (949) 579-9102

Huntington Beach Fax: (657) 329-0237

Dana Point Fax: (949) 493-0669

Anaheim Hills Fax: (714) 485-2111

Westminster Fax: (714) 908-4524

\* Dòng chính sẽ cung cấp cho bạn các tùy chọn cho từng phòng khám. Nếu không, bạn có thể sử dụng vị trí trang web của mình trực tiếp qua đường dây trực tiếp của họ.

Bộ phận thanh toán của chúng tôi: MIS BILLING (949) 955-2101

**Tất cả thông tin này và các nguồn bổ sung có thể được tìm thấy trên trang web của chúng tôi [www.progenyclinic.com](http://www.progenyclinic.com).**

**\*\*Chỉ dành cho mục đích thông tin, liên kết đến các Trung tâm liên bang về Medicare và Trang web Thanh toán mở của Dịch vụ Medicaid (CMS) được cung cấp tại đây. Liên bang Physician Payments Đạo luật Sunshine yêu cầu thông tin chi tiết về khoản thanh toán và các khoản thanh toán khác có giá trị hơn mười đô la (\$10) từ các nhà sản xuất thuốc, thiết bị y tế và sinh học cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy được cung cấp cho công chúng. Cơ sở dữ liệu Thanh toán mở là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán được thực hiện bởi các công ty dược phẩm và thiết bị cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Nó có thể được tìm thấy tại <https://openpaymentsdata.cms.gov>.\*\***

## *Sự đồng ý*

### SỰ ĐỒNG Ý

Tôi hiểu rằng thông tin thu được trong đánh giá này là bí mật và sẽ không được tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào nếu không có sự cho phép bằng văn bản của tôi. (Bản phát hành này có sẵn tại văn phòng của chúng tôi hoặc có thể được hoàn thành với bất kỳ cá nhân nào mà bạn muốn cấp quyền truy cập đó và sau đó cung cấp cho chúng tôi.) Các trường hợp ngoại lệ duy nhất đối với chính sách này là những trường hợp hiểm hoi mà luật pháp yêu cầu bạn tiết lộ thông tin, hoặc không có sự cho phép của tôi. Đó là: 1) nếu có bằng chứng về việc lạm dụng thể chất và / hoặc tình dục trẻ em hoặc lạm dụng người già; 2) nếu bạn đánh giá rằng tôi có nguy cơ làm hại bản thân hoặc cá nhân khác; và 3) nếu hồ sơ của tôi được tòa án trát đòi. Trong trường hợp hiểm hoi xảy ra bất kỳ tình huống nào trong số này, bạn sẽ cố gắng thảo luận ý định của mình với tôi trước khi thực hiện hành động,

### Ý KIẾN ĐÁNH GIÁ PSYCHIATRIC

Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đồng ý với đánh giá tâm lý của 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 5 trang biểu mẫu đồng ý cũng như các chính sách liên quan đến việc trễ / hủy và bỏ lỡ các cuộc hẹn; và tôi đồng ý với tất cả các thỏa thuận thanh toán được nêu trong biểu mẫu này. Tôi hiểu đầy đủ các quyền và nghĩa vụ của mình với tư cách là khách hàng tại PPG và tôi hoàn toàn đồng ý với đánh giá này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

\_\_\_\_\_  
(Vui lòng in tên)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký / Mối quan hệ  
(Nếu bệnh nhân dưới 18  
tuổi)

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

\_\_\_\_\_  
(Vui lòng in tên)

### TUYÊN BỐ MIỄN TRỪ TRÁCH NHIỆM CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ

Các dịch vụ quản lý thuốc được thực hiện bởi bác sĩ, y sĩ, hoặc trợ lý bác sĩ. Tất cả chuyên viên trên có thể đánh giá, chẩn đoán và kê đơn thuốc. Các dịch vụ quản lý thuốc được thực hiện bởi bác sĩ, y sĩ, hoặc trợ lý bác sĩ. Tất cả chuyên viên trên có thể đánh giá, chẩn đoán và kê đơn thuốc.

Các dịch vụ trị liệu có thể được thực hiện bởi nhà tâm lý học, tư vấn viên, nhà trị liệu hôn nhân gia đình được cấp phép, cộng sự viên trị liệu hôn nhân gia đình, nhân viên xã hội lâm sàng được cấp phép hoặc cộng sự viên xã hội lâm sàng.

**\*\*Văn phòng của chúng tôi cũng có sinh viên hoàn thành giờ của họ cùng với một trong những bác sĩ lâm sàng được cấp phép của chúng tôi. Bạn có quyền từ chối gặp sinh viên và yêu cầu đòi bác sĩ lâm sàng của bạn nếu muốn. (Yêu cầu thay đổi có thể phải dời lịch hẹn lại nếu không có sẵn ngay lập tức).**

Các bác sĩ lâm sàng của chúng tôi hành nghề như những nhà thầu độc lập.

\_\_\_\_\_  
chữ cái đầu tiên của tên/  
chữ cái đầu tiên của họ

## *Thỏa thuận bảo mật*

### THỎA THUẬN BẢO MẬT

#### **Chính sách bảo mật**

*Bảo mật là quyền riêng tư hợp pháp của tất cả bệnh nhân nhận các dịch vụ tâm thần và tâm lý. Như vậy, tất cả thông tin cá nhân được trình bày cho văn phòng này sẽ không được thảo luận với những người hoặc đại lý bên ngoài văn phòng này trừ khi được cho phép bởi một thông cáo bằng văn bản hoặc theo yêu cầu của pháp luật. Tuy nhiên, vẫn có những ngoại lệ đối với tính bảo mật. Xin lưu ý rằng tất cả thông tin thảo luận trong văn phòng này sẽ được giữ bí mật ngoại trừ các điều kiện sau được quy định trong thỏa thuận này:*

- Khi bạn đồng ý bằng văn bản cho Phòng khám Tâm thần Progeny tiết lộ và tiết lộ thông tin cho một tổ chức hoặc cá nhân khác (như được nêu chi tiết trong ủy quyền phát hành PHI).
- Việc vi phạm tính bảo mật là bắt buộc hoặc được pháp luật cho phép. Ví dụ bao gồm các trường hợp trong đó Phòng khám Tâm thần Progeny có nghi ngờ hợp lý về hành vi lạm dụng trẻ em, lạm dụng người lớn tuổi / người lớn phụ thuộc, nguy hiểm đối với bản thân hoặc người khác và các vấn đề khác theo quy định của pháp luật.
- Phòng khám Tâm thần Progeny theo quyết định của họ quyết định tham khảo ý kiến về trường hợp của bạn với một đồng nghiệp hoặc cố vấn pháp lý, trong trường hợp đó, thông tin nhận dạng sẽ không được tiết lộ.
- Bạn không thực hiện thanh toán thường xuyên cho hóa đơn chưa thanh toán của mình, điều này có thể dẫn đến việc thanh toán của bạn bị chuyển cho cơ quan thu nợ hoặc bị đưa ra tòa án khiếu nại nhỏ.
- Khi có thông báo về trường hợp của cơ quan dịch vụ xã hội, trong đó tất cả thông tin được chia sẻ với Pacific Psychiatric Group sẽ được chuyển đến nhân viên xã hội được chỉ định và / hoặc đại diện và đại lý SSA khác.
- Nếu bạn là một bên trong vụ kiện tụng, bao gồm cả kiện tụng ly hôn và bạn coi tình trạng tâm thần của mình là một vấn đề, thì đặc quyền của bạn có thể bị từ bỏ. Trong trường hợp bị tạm giữ, bạn có thể được yêu cầu từ bỏ đặc quyền của mình để tạo điều kiện thuận lợi cho việc đánh giá bởi người đánh giá theo lệnh của tòa án. PPG có thể được yêu cầu cung cấp hồ sơ của bạn và / hoặc làm chứng tại phiên tòa hoặc phiên tòa nếu chúng tôi được tổng đạt trát hầu tòa hoặc lệnh của tòa án. Chúng tôi không thể cung cấp cho bạn lời khuyên pháp lý về hành động nào có thể hoặc không thể từ bỏ 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 có quyền nhận thông tin về việc điều trị của con mình.

### LƯU Ý CHO PHỤ HUYNH VỀ BẢO MẬT CỦA TRẺ EM

Nếu con bạn tham gia điều trị, điều quan trọng là cho phép con bạn phát triển mối quan hệ bí mật với bác sĩ tâm thần và / hoặc nhà trị liệu của mình. Như vậy, bạn hiểu rằng hầu hết thông tin cá nhân mà con bạn thảo luận với bác sĩ trị liệu của mình thông thường sẽ không được chia sẻ với bạn. Thay vào đó, bác sĩ của con bạn sẽ cung cấp cho bạn những bản tóm tắt chung về sự tiến bộ của con bạn mà không có chi tiết riêng. Văn phòng này cam kết thông báo cho bạn về các triệu chứng hoặc hành vi bất thường hoặc nguy hiểm (chẳng hạn như bạo lực, ngược đãi trẻ em, ngược đãi bản thân, tự tử hoặc ý định làm hại người khác, làm hại bản thân, lái xe trong lúc say, v.v.)

\_\_\_\_\_ chữ cái đầu tiên của tên/  
chữ cái đầu tiên của họ



## *Chính sách Phòng khám*

### **CÁC CHÍNH SÁCH PHÊ DUYỆT**

Đánh giá ban đầu, đánh giá và toàn bộ phiên thường có thời lượng khoảng 30 đến 60 phút. Phiên tái khám tiếp theo kéo dài từ 15-30 phút. Các buổi quản lý thuốc có thời lượng khoảng 15 phút, tùy theo từng trường hợp cụ thể. Tuy nhiên, những phiên này có thể đòi hỏi nhiều thời gian hơn dự kiến. Tất cả các thủ tục giấy tờ và nộp đồng thanh toán phải được hoàn thành trước khi bắt đầu phiên họp. Vui lòng đến trước giờ hẹn 15 phút để tiện thao tác. Vui lòng tôn trọng các nguyên tắc về thời gian để bệnh nhân tiếp theo chờ đợi không bị ảnh hưởng. Nếu trở lại sau 1 năm, bạn sẽ được coi là bệnh nhân mới và phải được đánh giá lại.

### **DỊCH VỤ KHẨN CẤP / KHẨN CẤP**

Chúng tôi là một 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 bạn cần. Vì lý do này, chúng tôi khuyến nghị rằng nếu bạn gặp bất kỳ phản ứng có hại nghiêm trọng nào hoặc có ý định tự tử hiện tại, vui lòng liên hệ với 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất. Sau khi bạn đã được chăm sóc khẩn cấp, vui lòng liên hệ 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 đề nghị điều này trước khi xuất viện).

### **CHÍNH SÁCH HỦY BỎ TRONG 24 GIỜ & CÁC KHOẢN ĐẾN CUỐI CÙNG**

**Số điện thoại hủy và đến muộn: 949-722-7118**

*Vui lòng lưu số này ở nơi thuận tiện cho bạn nếu bạn cần.*



**HÀNG ĐẾN CUỐI CÙNG:**

Nếu bạn đến muộn, nhà cung cấp có quyền quyết định gặp bạn vào ngày hôm đó hoặc yêu cầu đổi lịch cho một ngày trong tương lai.

Việc gọi điện thông báo về việc đến muộn không đảm bảo bạn sẽ được nhìn thấy vì chúng tôi không có thời gian gia hạn.

**VỀ CHÍNH SÁCH HỦY BỎ TRONG 24 GIỜ:**

***Tất cả việc hủy bỏ hoặc thay đổi cuộc hẹn phải được thực hiện trong vòng 24 giờ, hoặc bệnh nhân có thể tích lũy một khoản phí vắng mặt.***

**Lý do cho chính sách này:** Thông báo về ý định hủy bỏ hoặc lên lịch của bạn trước 24 giờ sẽ tạo cơ hội để lên lịch cho người khác vào khoảng thời gian đó. Điều này rất quan trọng vì những người khác có thể nằm trong danh sách chờ đợi hoặc cũng có thể đang tìm kiếm cơ hội để sắp xếp lại vào một thời điểm khác. Thông báo trước càng nhiều càng tốt thực sự được đánh giá cao.

\_\_\_\_\_ chữ cái đầu tiên của tên/  
chữ cái đầu tiên của họ

\*\* Nếu bạn chỉ đơn giản là không đến một cuộc hẹn đã định, bạn sẽ bị tính phí cho cuộc hẹn đã bỏ lỡ.

\*\* Một thông báo qua email hoặc thư thoại được cung cấp trong khung thời gian được chấp nhận là thông báo thích hợp.

Vì việc lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bạn nếu bạn bị trễ hẹn là bất hợp pháp, bạn sẽ phải chịu toàn bộ chi phí cho lần bỏ lỡ buổi hẹn đó (dẫn đến khoản thanh toán cao hơn nhiều so với mức bạn có thể đã trả cho một cuộc hẹn đã giữ). Mức tiền mặt hàng giờ sẽ thay đổi theo giờ cho mỗi nhà cung cấp:

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

**CHÍNH SÁCH HOÀN LẠI**

- Bạn có trách nhiệm thông báo cho văn phòng vào thời điểm hẹn nếu bạn sắp hết thuốc để chúng tôi tránh tình trạng thiếu thuốc.
- Nếu bạn có loạt thư trong thư, bạn có trách nhiệm gửi các biểu mẫu và đơn thuốc qua đường bưu điện sau khi chúng tôi điền chúng để tránh bất kỳ sự nhầm lẫn nào.
- Việc nạp thuốc phải được chăm sóc trong suốt cuộc hẹn của bạn, trong những trường hợp bất khả kháng nếu bạn hết thuốc; vui lòng liên hệ với văn phòng trong giờ làm việc bình thường. Chúng tôi sẽ sẵn lòng bổ sung các loại thuốc không được kiểm soát của bạn nếu bạn có một cuộc hẹn tái khám theo lịch hoặc sẽ hẹn bạn với nhà cung cấp có sẵn tiếp theo.
- Các đơn thuốc bị mất / đánh cắp được kiểm soát có thể yêu cầu báo cảnh sát và chỉ được nạp lại nếu an toàn về mặt lâm sàng.
- Việc nạp thuốc không đảm bảo đòi hỏi thuốc, vui lòng trao đổi với nhà thuốc của bạn về việc đòi hỏi

## HÌNH THỨC GIAO TIẾP

- Bạn có thể liên hệ với các văn phòng của chúng tôi qua: điện thoại, email, gửi biểu mẫu trực tuyến, nhắn tin yelp hoặc thư thoại.
- Vui lòng cho phép nhân viên phía trước của chúng tôi tối đa hai ngày làm việc để trả lời email của bạn.
- Các nhà cung cấp có thể có thời gian riêng để trả lời email, vui lòng thảo luận vấn đề này với nhà cung cấp của bạn.
- Thư thoại được trả lại trong vòng 1 ngày làm việc. Hãy nhớ để lại tin nhắn đầy đủ để chúng tôi có thể hỗ trợ bạn đúng cách.
- Lời nhắc bằng văn bản và email của chúng tôi sẽ được gửi đến số và / hoặc email bạn đã cung cấp. Những lời nhắc này là miễn phí, vui lòng đảm bảo bạn cũng ghi chú về cuộc hẹn của bạn. Nếu bất kỳ lúc nào bạn muốn loại bỏ chúng, vui lòng thông báo cho nhân viên phía trước của chúng tôi.

\_\_\_\_\_ chữ cái đầu tiên của tên/  
chữ cái đầu tiên của họ

## HÌNH THỨC / GIẤY

Mọi biểu mẫu được yêu cầu phải được thảo luận với nhà cung cấp của bạn trước. Nhà cung cấp có toàn quyền quyết định đồng ý với các biểu mẫu, thư từ và thủ tục giấy tờ về người khuyết tật. Thời gian hoàn thành thủ tục giấy tờ chung của chúng tôi là 5 đến 7 ngày làm việc (tối đa 14 ngày làm việc đối với một số hình thức) nhưng có thể thay đổi trong các trường hợp không lường trước được. Hãy đảm bảo cung cấp các yêu cầu của bạn một cách kịp thời. **Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2023, tất cả các tài liệu và biểu mẫu được yêu cầu yêu cầu nhà cung cấp hoàn thành phải chịu phí thanh toán. Phí thanh toán không được bảo hiểm chi trả là trách nhiệm của bệnh nhân/các bên có trách nhiệm.**

## ỦY QUYỀN TRƯỚC

Văn phòng của chúng tôi có thể gửi PAS 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 gửi thông tin đó cho chương trình phù hợp. Việc 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 thành, kể từ ngày chúng tôi được thông báo về yêu cầu.

## CHUYỂN ĐỔI NHÀ CUNG CẤP

Bạn có thể gặp một nhà cung cấp khác trong phòng khám của chúng tôi nếu nhà cung cấp của bạn không có sẵn. Đây không được coi là nhà cung cấp chuyển mạch. Chuyển đổi nhà cung cấp có nghĩa là bạn muốn ngừng chăm sóc với nhà cung cấp hiện tại của bạn và bắt đầu chăm sóc của bạn với một nhà cung cấp khác. Mục tiêu của chúng tôi là để bạn có một mối quan hệ được thiết lập và sự chăm sóc liên tục. Chúng





tôi sẽ hạn chế chuyển đổi nhà cung cấp sau 2 lần. Khi chuyển đổi nhà cung cấp, phải vì một lý do nào đó ngoài lý do không đồng ý với kế hoạch điều trị (yêu cầu các loại thuốc cụ thể mà nhà cung cấp từ chối, yêu cầu tăng liều lượng mà nhà cung cấp từ chối, chỉ yêu cầu các loại thuốc được kiểm soát mà nhà cung cấp từ chối.vv.) được cung cấp sẽ dựa trên đánh giá của nhà cung cấp của bạn và chỉ được cung cấp 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 kiếm ý kiến thứ hai,

### CHẤM DỨT BỆNH NHÂN

Sứ mệnh của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cho tất cả các bệnh nhân hiện có của chúng tôi. Mọi quan hệ hợp tác giữa văn phòng của chúng tôi và bệnh nhân của chúng tôi là điều cần thiết đối với sự chăm sóc nhận được và bất kỳ thiệt hại nào đối với sự hợp tác nói trên đều có thể gây bất lợi. Vui lòng xem bên dưới để biết các lý do có thể xảy ra.

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

\_\_\_\_\_ chữ cái đầu  
tiên của tên/chữ cái  
đầu tiên của họ

### ĐIỀU KHOẢN TÀI CHÍNH

Xin lưu ý, bạn có trách nhiệm xin phép công ty bảo hiểm của mình điều trị trước. Ngoài ra, bạn phải chịu trách nhiệm cho tất cả các dịch vụ đồng thanh toán và bảo hiểm khi được cung cấp.

Hơn nữa, tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm cho những khoản phí không được bảo hiểm của tôi chi trả. Tôi đồng ý thêm nếu bất kỳ lúc nào trong quá trình điều trị, tôi biết rằng tôi không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm, tôi sẽ thông báo cho PPG ngay lập tức, tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chính cho 100% các khoản phí đã được lập hóa đơn. Cuối cùng, tôi đồng ý thông báo cho PPG về những thay đổi đối với thông tin cá nhân và thông tin bảo hiểm của tôi, chúng tôi lưu giữ một thẻ tín dụng hiện tại

trong hồ sơ.

**Bệnh nhân Medicare, bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý thanh toán 20% cho Lần khám đầu tiên, tất cả các lần tái khám, và bất kỳ khoản khấu trừ nào.**

**BỘ PHẬN HÓA ĐƠN CỦA CHÚNG TÔI ĐANG THANH TOÁN CỦA MÌNH, BẠN CÓ THỂ LIÊN HỆ VỚI CHÚNG THEO SỐ 949-955-2101**





## **ĐIỀU KHOẢN THANH TOÁN VÀ DỊCH VỤ CHƯA BAO GIỜ**

Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị tính phí theo giờ thông thường là \$150-\$400 cho các dịch vụ được yêu cầu ngoài các buổi điều trị. Các dịch vụ này bao gồm tham vấn với các chuyên gia khác. Tôi sẽ bị tính một khoản phí đối với quyền bảo quản, đơn bảo lãnh, mẫu đơn khuyết tật, hoặc bất kỳ lá thư nào được yêu cầu để nghi việc chữa bệnh.

Xin được thông báo, nếu PPG trở nên cần thiết phải thuê luật sư để thực thi bất kỳ điều kiện nào trong các điều kiện này, tôi hiểu rằng tôi sẽ thanh toán bất kỳ / và tất cả các chi phí phát sinh bao gồm cả phí luật sư hợp lý.

**Các loại thanh toán:** Các dịch vụ được thanh toán trước mỗi cuộc hẹn. Vui lòng thanh toán séc cho Phòng khám Tâm thần Progeny. Ngoài ra, để thuận tiện cho bạn, bạn có thể thanh toán bằng tiền mặt hoặc thẻ tín dụng. Xin lưu ý, biên lai sẽ chỉ được cung cấp theo yêu cầu vào đầu cuộc hẹn của bạn.

**Thanh toán kịp thời.** Số dư không được thanh toán trong vòng 30 ngày được coi là "QUÁ HẠN". Số dư chưa thanh toán trong vòng 60 ngày có thể được gửi đến cơ quan thu nợ của chúng tôi hoặc được thanh toán thông qua tòa án khiếu nại nhỏ. Nếu bạn không thể thanh toán đầy đủ, bạn đồng ý thiết lập một kế hoạch thanh toán cho đến khi số dư được hoàn thành.

**Yêu cầu bảo hiểm.** Xin lưu ý, bạn phải thanh toán cho tất cả các dịch vụ được cung cấp mà hãng bảo hiểm của bạn không chi trả.

**TRẢ LẠI PHÍ KIỂM TRA.** Phí trả lại séc là \$ 25.00. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà séc được trả lại mà chưa được thanh toán, bệnh nhân sẽ phải trả thêm năm mươi đô la (\$ 50,00) như một khoản thanh toán không đủ của quỹ.

**QUYỀN KẾT THÚC ĐIỀU TRỊ.** Bạn có quyền kết thúc liệu pháp bất kỳ lúc nào mà không có nghĩa vụ phải thanh toán cho các dịch vụ đã hoàn thành.

\_\_\_\_\_ chữ cái đầu tiên của tên/  
chữ cái đầu tiên của họ



## CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH

Dịch vụ chuyên nghiệp và mức giá: Các dịch vụ chuyên nghiệp và mức giá của chúng tôi như sau:

Những dịch vụ chuyên nghiệp	Times	Tỷ giá MD / DO	Tỷ lệ NP / Bằng tiến sĩ	Giá cho LCSW / LMFT
Chuyến thăm đầu tiên	30-40 phút 60 phút Trị liệu	\$ 400	\$ 300-350	\$ 150
Theo sát	15-20 phút 60 phút	\$ 250	\$ 175-200	\$ 150
Các cuộc hẹn bị lỡ	Không có cuộc gọi / Không có mặt	\$ 50	\$ 50	\$ 100

Biểu mẫu, chữ cái và những thứ không cụ thể khác

Biểu mẫu, Viết báo cáo (Tóm tắt điều trị, tình trạng khuyết tật, thư từ, v.v.) Các hình thức quản lý	\$ 15 mỗi trang	\$ 15 mỗi trang	\$ 15 mỗi trang	\$ 15 mỗi trang
Dịch vụ liên quan đến tòa án: (bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến tòa án, bao gồm đánh giá, lưu chiếu, hội thảo, lời khai, chuẩn bị, thời gian chờ và di chuyển, báo cáo được sử dụng cho các mục đích pháp lý, v.v.)	Chia theo tỷ lệ Tối thiểu nửa ngày đối với trạng thái tham dự tòa án hoặc trạng thái chờ. Yêu cầu lưu giữ trước.  PHÍ RETAINER Được thanh toán trước Ngày ra tòa.	\$ 800 (Thay đổi theo từng trường hợp)  \$ 2000 (Thay đổi theo từng trường hợp)	\$ 400 (Thay đổi theo từng trường hợp)  \$ 1000 (Thay đổi theo từng trường hợp)	\$ 400 (Thay đổi theo từng trường hợp)  \$ 1000 (Thay đổi theo từng trường hợp)

## XÁC NHẬN THẺ TÍN DỤNG (TÙY CHỌN / BẮT BUỘC ĐỐI VỚI VIỄN THÔNG)

TÔI, \_\_\_\_\_, ủy quyền cho Phòng khám Tâm thần Progeny, tính phí thẻ tín dụng của tôi cho các dịch vụ bổ sung được cung cấp cho bệnh nhân đối với các dịch vụ không do hãng bảo hiểm thanh toán và được coi là dịch vụ trợ giúp đặc biệt như đã nêu trong điều khoản thanh toán và các dịch vụ không được bảo hiểm. Các khoản phí đối với thẻ tín dụng này có thể bao gồm nhưng không giới hạn đối với việc ghé thăm văn phòng, phiên điện thoại, thủ tục giấy tờ, hủy đặt phòng trễ và vắng mặt. Tôi hiểu rằng thẻ tín dụng của mình sẽ bị tính phí cho các dịch vụ này và tôi đã xem xét chính sách hủy đặt phòng 24 giờ của Phòng khám Tâm thần Progeny.

Card Type:  Visa  MasterCard  Discover  AMEX

Số thẻ: \_\_\_\_\_

Số bảo mật trên thẻ: \_\_\_\_\_

Ngày hết hạn: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày tháng: \_\_\_\_\_