

**Demandez au personnel une liste traduite des coûts**

# Patients n'ayant pas droit à Medicare

## Formulaire de collecte de données

*Affix Patient Label*

Votre situation vous place dans la catégorie de patients non éligibles pour Medicare. Vous n'avez par conséquent pas droit aux soins de santé gratuits en Australie. Il vous sera demandé de payer la totalité des frais liés à votre traitement. Si vous possédez une assurance maladie privée, une assurance voyage ou autre assurance, vous pouvez avoir la possibilité de demander le remboursement d'un pourcentage de ces frais. Nous vous recommandons de vérifier ceci auprès de votre assureur.

### Reconnaissance de frais

En signant ce document, je, \_\_\_\_\_, confirme que j'ai été informé(e) que je suis un(e) patient(e) n'ayant pas droit à Medicare et j'accepte la responsabilité pour tous les frais liés à mon traitement dans ces installations du Metro North Hospital and Health Service. En faisant cette déclaration, je reconnais que j'ai lu et compris les informations contenues dans ce document.

#### Je comprends que :

- J'autorise Metro North Hospital and Health Service à déduire le montant établi à la rubrique « estimation de frais » (Fee Estimate) figurant à la page 2 en utilisant les détails de carte de crédit que j'ai fournis.
- L'estimation de frais figurant à la page 2 est uniquement une approximation des coûts que je pourrais subir pendant mon traitement et les montants réels peuvent varier en s'accompagnant de coûts additionnels.
- Si je choisis de recevoir un traitement en tant que patient(e) privé(e), ceci peut comporter d'autres coûts à la discrétion du spécialiste privé et je devrais confirmer ceci avec mon spécialiste.
- Ces informations ne comprennent pas les frais de visite de médecins-examineurs s'ils procèdent à des opérations de chirurgie ou d'anesthésie, car ces dépenses sont occasionnées en dehors des installations d'admission. Je recevrai une facture séparée pour ces frais.
- Tous les coûts liés à mon traitement et non payés avant traitement, y compris ceux qui dépassent l'estimation de frais, me seront facturés et devront être réglés dans les 30 jours de la date de facture. Si je manque de payer pendant cette période, les sommes impayées seront une créance due à Metro North Hospital and Health Service, celui-ci se réservant le droit de recouvrer cette dette auprès de moi-même directement ou par l'intermédiaire d'une agence de recouvrement de créances.
- Il est particulièrement difficile d'estimer avant mon traitement les coûts pour imagerie diagnostique, examens pathologiques et pharmacie, et il est probable que, si ces services sont nécessaires, les coûts réels de mon traitement dépasseront l'estimation de frais fournie. Je préautorise la déduction d'une somme supplémentaire jusqu'à 1000 \$ sur ma carte de crédit pour autres frais de patient(e) en consultation externe au cas où il me faudrait de l'imagerie diagnostique, des services de pathologie et de pharmacie au cours de mon admission et/ou de mon traitement. Je comprends que seuls les montants réellement encourus me seront facturés, jusqu'à cette somme maximum. Je recevrai une facture séparée pour tout autre frais de patient(e) en consultation externe et qui dépasserait 1000 \$.
- Si Metro North Hospital and Health Service a accepté de se concerter directement en mon nom avec mon fonds d'assurance privée ou tout autre assureur, j'autorise Metro North Hospital and Health Service à fournir à l'assureur ou au fonds d'assurance privée la totalité de mes renseignements personnels et médicaux, y compris des informations au titre de l'Hospital Casemix Protocol et antécédents médicaux pouvant s'avérer nécessaires.
- Il peut m'être demandé de fournir des renseignements complémentaires afin d'évaluer mon éligibilité aux soins de santé gratuits en Australie, par ex. passeport, visa ou autre preuve d'identité. Je consens à ce que Metro North Hospital and Health Service utilise les informations que je fournis aux fins d'évaluation de mon éligibilité aux services, ce qui peut comprendre la soumission de la totalité de mes données personnelles au Ministère australien de l'Immigration et de la Protection aux Frontières au cas où il serait nécessaire de confirmer le statut de mon visa.
- Fournir des informations fausses ou trompeuses est considéré comme étant frauduleux et des mesures peuvent être prises en vue d'informer les autorités compétentes.

Patient / Parent / Représentant (veuillez entourer)

Témoïn pour le personnel

\_\_\_\_\_  
Nom (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Nom (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

