

Solicite al personal una lista de costos traducida

Pacientes No Elegibles para Medicare

Formulario para Recolección de Datos

Affix Patient Label

Usted está dentro de la categoría de pacientes NO elegibles para Medicare. Por lo tanto no le corresponde atención médica gratuita en Australia. Deberá pagar todos los costos y aranceles asociados a su tratamiento. Si tiene seguro de salud privado, seguro de viaje u otro tipo de seguro, tal vez pueda reclamar la devolución de un porcentaje de estos costos. Le sugerimos que lo verifique con su aseguradora.

Reconocimiento de Aranceles

Al firmar este documento, Yo, _____, confirmo que se me informó que soy un paciente NO elegible para Medicare y por lo tanto reconozco mi responsabilidad por todos los aranceles asociados a mi tratamiento en las facilidades de este hospital y servicio de salud, Metro North Hospital and Health Service. Con esta declaración, dejo constancia de que he leído y entendido la información aquí contenida.

Entiendo que:

- Autorizo a *Metro North Hospital and Health Service* a deducir la cantidad establecida bajo el arancel estimado (*Fee Estimate*) provisto en la página 2 de la tarjeta de crédito cuyos datos he proporcionado.
- El arancel estimado que figura en la página 2 es únicamente una indicación aproximada de los costos que se incurran durante mi tratamiento y las cifras finales pueden variar e inclusive incurrirse más costos.
- Si elijo recibir tratamiento como paciente privado, pueden incurrirse más costos que quedan a discreción del especialista particular que me atienda y los debo corroborar con dicho especialista.
- Esta información no incluye los honorarios del médico visitante particular (*Visiting Medical Officer*) si se va a llevar a cabo cirugía o aplicar anestesia ya que estos cargos se calculan fuera del hospital o clínica que lo admita o interne. Recibirá una factura por separado en concepto de estos honorarios.
- Todos los costos asociados a mi tratamiento que no se paguen por anticipado, inclusive aquellos que excedan el arancel estimado, se me facturarán y se deberán abonar dentro de los 30 días de la fecha de la factura. Si no llegara a pagar en este lapso, el dinero adeudado se considerará una deuda pendiente a favor de *Metro North Hospital and Health Service*, que se reserva el derecho de recuperar esta deuda de mí ya sea directamente o mediante una agencia de cobranzas.
- Es especialmente difícil estimar con anterioridad al tratamiento los costos del diagnóstico por imágenes (radiología), patología y productos farmacéuticos y es probable que si se requieren estos servicios los costos finales excedan el arancel estimado provisto. Yo autorizo de antemano que se deduzca una suma adicional de hasta \$1000 de mi tarjeta de crédito para otros aranceles (*Other Outpatient Fees*) en caso de requerir diagnóstico por imágenes, patología o productos farmacéuticos durante mi internación y/o tratamiento. Entiendo que se me cobrarán los costos reales hasta el máximo de dicha suma. Recibiré una factura por separado en concepto de cualquier otro arancel de este tipo que exceda los \$1000.
- Si '*Metro North Hospital and Health Service*' acepta tratar directamente con mi compañía de seguro de salud u otra aseguradora en nombre mío, autorizo a '*Metro North Hospital and Health Service*' a proporcionarle a la compañía o aseguradora mencionadas toda mi información personal e médica, inclusive la información del protocolo hospitalario "Hospital Casemix Protocol" e historia clínica, si así fuera requerido.
- Se me podría requerir información adicional para evaluar mi elegibilidad a fin de acceder servicios de atención médica gratuita en Australia, por ej. pasaporte, visa u otra prueba de identidad. Doy mi consentimiento a '*Metro North Hospital and Health Service*' para utilizar la información personal que proporciono con el propósito de evaluar mi elegibilidad de acceso a dichos servicios, como por ejemplo enviar toda mi información personal al Departamento de Inmigraciones y Protección de Fronteras (*Department of Immigration and Border Protection*) en caso de que se requiera confirmación de mi situación de visa.
- Proporcionar información falsa o engañosa se considera un acto fraudulento y se podrán tomar las medidas que sean necesarias para informar a las autoridades correspondientes.

Paciente / Padre/ Representante (marcar con un círculo)

Testigo del personal

Nombre (en letra imprenta)

Nombre (en letra imprenta)

Firma

Firma

_____/_____/_____
Fecha

_____/_____/_____
Fecha