

โปรดสอบถามพนักงาน เรื่องรายการค่าใช้จ่ายฉบับแปล

# คนไข้ที่ไม่ได้รับสิทธิเมดิแคร์

## แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล

*Affix Patient Label*

คุณจัดอยู่ในประเภทคนไข้ที่ไม่ได้รับสิทธิเมดิแคร์ ดังนั้น คุณจึงไม่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลฟรีในประเทศออสเตรเลีย คุณจะชำระค่าธรรมเนียมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของคุณ หากคุณมีประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันการเดินทาง หรือการประกันภัยประเภทอื่นๆ คุณอาจจะสามารถเรียกร้องค่าใช้จ่ายคืนเป็นส่วนตามเปอร์เซ็นต์ได้ เราขอแนะนำให้คุณยืนยันเรื่องนี้กับบริษัทประกันของคุณ

### การรับทราบเรื่องค่าธรรมเนียม

ด้วยการลงนามในเอกสารฉบับนี้ข้าพเจ้า, \_\_\_\_\_, ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้าเป็นคนไข้ที่ไม่ได้รับสิทธิเมดิแคร์ และข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าธรรมเนียมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของข้าพเจ้า ที่ Metro North Hospital and Health Service แห่งนี้และในการให้คำยืนยันนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ แล้ว

#### ข้าพเจ้าเข้าใจว่า

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ Metro North Hospital and Health Service หักค่าใช้จ่ายตามค่าธรรมเนียมโดยประมาณที่ระบุในหน้า 2 โดยใช้ข้อมูลจากบัตรเครดิตที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้
- ค่าธรรมเนียมโดยประมาณในหน้า 2 เป็นข้อมูลที่แสดงเฉพาะค่าใช้จ่ายตามการประมาณที่ข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบในระหว่างที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษา และตัวเลขค่าใช้จ่ายจริงอาจมีการเปลี่ยนแปลงและอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมขึ้นอีก
- หากข้าพเจ้าเลือกที่จะรับการรักษาแบบคนไข้เอกชน อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเอกชน และข้าพเจ้าควรยืนยันเรื่องนี้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำของข้าพเจ้า
- ข้อมูลนี้ ไม่รวมค่าธรรมเนียมของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จากหน่วยงานเอกชนอื่น (Visiting Medical Officer) หากพวกเขาต้องการผ่าตัดหรือให้ยาสลบ และเนื่องจากค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นค่าบริการนอกเหนือจากโรงพยาบาลที่รับข้าพเจ้าเข้ารับรักษา ข้าพเจ้าจะต้องชำระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ แยกต่างหาก
- ข้าพเจ้าจะได้รับใบแจ้งหนี้ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของข้าพเจ้าซึ่ง ยังไม่ได้ชำระก่อนเข้ารับการรักษาโดยรวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกินกว่าค่าใช้จ่ายโดยประมาณ และจะต้องชำระ ภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกใบแจ้งหนี้หากข้าพเจ้าไม่ชำระเงินภายในช่วงเวลานี้บางส่วนนี้ จะคิดเป็นหนี้ ของข้าพเจ้าที่ติดอยู่กับ Metro North Hospital and Health Service ซึ่งทางโรงพยาบาลของสงวนสิทธิเป็นผู้ทวงหนี้ ส่วนนี้ จากข้าพเจ้าที่ ทางตรงหรือผ่านตัวแทนทวงหนี้
- เป็นเรื่องยากอย่างยิ่งในการประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบันทึกภาพเพื่อวินิจฉัยโรค พยาธิวิทยา และเภสัชกรรม ก่อนการรักษาของข้าพเจ้า และเป็นไปไม่ได้ว่า ข้าพเจ้าอาจต้องเข้ารับบริการเหล่านี้ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของการรักษาของข้าพเจ้าอาจจะมีมากกว่าค่าธรรมเนียม โดยประมาณที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการหักเงินเพิ่มเติมถึงจำนวน 1000 ดอลลาร์จากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าสำหรับเป็นค่าบริการอื่นๆ ของผู้ปวย นอก ในกรณีที่ข้าพเจ้าจำเป็นต้องรับบริการการบันทึกภาพเพื่อวินิจฉัยโรค พยาธิวิทยา หรือเภสัชกรรม ใดๆ ในระหว่างการเข้ารับการรักษา หรือในระหว่างการรักษาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้าจะชำระเงินตามค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นและมากถึงยอดรวมสูงสุดของจำนวนนี้เท่านั้น หากข้าพเจ้าใช้บริการอื่นๆ ของผู้ปวย นอกรวมเป็นเงินมากกว่า 1000 ดอลลาร์ ข้าพเจ้าจะได้รับใบแจ้งหนี้ ต่างหาก
- หาก Metro North Hospital and Health Service ตกลงที่จะติดต่อประสานงานกับกองทุนสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และบริษัทประกันอื่นๆ ในนามของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมให้ Metro North Hospital and Health Service จัดหาบริษัทประกันหรือกองทุนสุขภาพส่วนบุคคลและให้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด รวมถึงข้อมูลในรูปแบบ Hospital Casemix Protocol และประวัติทางการแพทย์ตามความจำเป็น
- ข้าพเจ้าอาจต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินคุณสมบัติในการรับบริการการรักษาพยาบาลฟรีในประเทศออสเตรเลีย เช่น หนังสือเดินทาง วีซ่า หรือหลักฐานพิสูจน์เอกลักษณ์อื่น ๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้ Metro North Hospital and Health Service ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าให้ไว้เพื่อวัตถุประสงค์ในการประเมินคุณสมบัติในการรับบริการ ซึ่งอาจรวมถึงการส่งมอบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าให้กับกระทรวงตรวจคนเข้าเมืองและรักษาดินแดน (Department of Immigration and Border Protection) ในกรณีที่พวกเขาต้องการยืนยันสถานะวีซ่าของข้าพเจ้า
- การให้ข้อมูลเท็จหรือข้อมูลที่ทำให้เข้าใจผิดถือเป็นการหลอกลวง และอาจทำให้มีการดำเนินการแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

คนไข้/ผู้ปกครอง/ตัวแทน (โปรดวงกลม)

พยานเจ้าหน้าที่

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

ลายมือชื่อ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี

วัน/เดือน/ปี