

ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА

Благодарим вас за выбор **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** и **NGC Endoscopy Services, LLC** для оказания медицинской помощи. Мы стремимся предоставить вам медицинское обслуживание наивысшего качества. До назначенного приема, пожалуйста, свяжитесь с вашей страховой компанией, чтобы уточнить объем страхового покрытия. Ниже изложена информация о вашей финансовой ответственности за оплату профессиональных медицинских услуг.

ВСЕ ПАЦИЕНТЫ

Пациенты несут ответственность за все расходы, начисленные на их счёт в результате оказанного лечения. Любой непогашенный остаток должен быть оплачен в течение **30 дней** с даты оказания услуги, если вы не связались с нашим биллинговым отделом (**503-229-7461**) для согласования плана оплаты.

• Возврат чеков

За каждый чек, возвращённый банком по любой причине, на ваш счёт будет начислен сбор в размере **35 долларов США**. Данный сбор взимается дополнительно к комиссиям, установленным вашим банком.

• Неявка / отмена / перенос приёма или процедуры

В соответствии с нашей политикой отмены записей, для отмены или переноса приема необходимо уведомить клинику не менее чем за 72 часа. В случае отмены приема менее чем за 72 часа может быть начислен сбор за позднюю отмену в размере \$50 за амбулаторный прием или \$100 за процедурный прием. Наша клиника оставляет за собой право отказать пациентам, еще не установленным в качестве пациентов нашей практики, в дальнейшем назначении приемов, а также прекратить дальнейшее оказание медицинской помощи установленным пациентам после одного случая неявки без предварительного уведомления либо при накоплении трех отмен приемов.

• Взыскание задолженностей (коллекшн)

Мы пользуемся услугами коллекторского агентства для счетов с просрочкой оплаты более **90 дней** с даты оказания услуги или даты последнего платежа. Если у вас есть вопросы или проблемы, связанные с вашим счётом, пожалуйста, свяжитесь с нашим офисом. Если страховой вопрос не был обсуждён или урегулирован до передачи счёта в коллекторское агентство, ответственность за оплату счёта несёте вы.

ПАЦИЕНТЫ СО СТРАХОВКОЙ

В качестве услуги мы направим счета в вашу основную и дополнительную страховые компании. Мы не можем выставить счёт страховой компании без предоставления вами точной и корректной страховой информации. Пожалуйста, имейте в виду, что ваш медицинский страховой полис является договором между вами и вашей страховой компанией. Мы не являемся стороной этого договора. Пациенты несут ответственность за знание ограничений и льгот своего страхового покрытия. Биллинговый отдел не может гарантировать оплату услуг или предоставлять точные сведения о страховых льготах.

• Направления и предварительные разрешения

Наш биллинговый отдел постарается получить направление или предварительное разрешение, если этого требует ваш страховой план. Если вы решите прийти на приём до получения направления или разрешения, страховая компания может отказать в оплате услуги.

Финансовая политика NWGI (редакция от июня 2026 года)

• Процедуры

Если вы получаете услуги в **NGC Endoscopy Services, LLC**, вы получите счёт, включающий оплату услуг учреждения и оплату времени врача. Вы также можете получить отдельные счета за анестезию, а также за лабораторные или патологоанатомические услуги. Если процедура проводится в больнице, вы получите отдельные счета от больницы.

• Полезная информация

Вы несёте ответственность за оплату счёта независимо от того, оплатит ли его страховая компания. Для уточнения страхового покрытия вашего плана свяжитесь со своей страховой компанией, предоставив следующую информацию:

Northwest Gastroenterology Clinic, LLC (врач) — налоговый номер **93-0884808**

NGC Endoscopy Services, LLC (учреждение) — налоговый номер **93-1307280**

ПАЦИЕНТЫ БЕЗ СТРАХОВКИ

Пациенты без страхового покрытия обязаны внести фиксированную оплату за приём **до или в день оказания услуги**.

- Новые пациенты — **225 долларов США**
- Постоянные пациенты — **165 долларов США**

Если данная сумма не будет оплачена до или в день приёма, запись будет отменена. Для запланированных процедур требуется обязательный депозит в размере **1500 долларов США**. Если после процедуры остаётся задолженность, вам будет направлен счёт.

АВТОРИЗАЦИЯ

- Я разрешаю **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** и **NGC Endoscopy Services, LLC** подавать страховые требования без получения моей подписи по каждому отдельному заявлению.
- Я разрешаю перечислять страховые выплаты по моему полису в пользу **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** или **NGC Endoscopy Services, LLC**.
- Я прочитал(а), понимаю и соглашаюсь с положениями настоящей формы финансовой ответственности пациента.

Подпись ответственного лица: _____ Дата: _____