

**ĐẢM BẢO THANH TOÁN/** *Guarantee of Payment***CHUYỂN NHƯỢNG PHÚC LỢI/** *Assignment of Benefits***ỦY QUYỀN XỬ LÝ KHIẾU NẠI/** *Authorization to Process Claims***Trung tâm Chăm sóc Ung thư /** *Center for Cancer Care***ĐẢM BẢO THANH TOÁN/CHUYỂN NHƯỢNG PHÚC LỢI:**

Xét tín dụng ứng trước của Bệnh viện dành cho tôi đối với các dịch vụ và chăm sóc bệnh viện của tôi, nay tôi chỉ định và chuyển nhượng cho Hệ thống Bệnh viện Gwinnett và các Bác sĩ điều trị toàn bộ các phúc lợi và các khoản thanh toán nay đến hạn thanh toán và phải trả hoặc đến hạn thanh toán và tôi phải trả theo bất kỳ (các) chính sách bảo hiểm nào, theo bất kỳ các chính sách thay thế nào, theo bất kỳ chương trình tự bảo hiểm nào, theo bất kỳ hành động của bên thứ ba đi ngược lại bất kỳ cá nhân hoặc đoàn thể nào khác, hoặc theo bất kỳ kế hoạch hoặc chương trình phúc lợi nào khác (sau đây gọi tắt là Phúc lợi) về vấn đề này hoặc bất kỳ thời gian nằm viện và chăm sóc ngoại trú có liên quan nào.

Tôi hiểu và xác nhận rằng việc chỉ định này không làm giảm bớt trách nhiệm tài chính của tôi đối với toàn bộ viện phí và phí cho Bác sĩ điều trị mà tôi hoặc bất kỳ người nào thay mặt tôi phải chịu, và tôi chấp nhận trách nhiệm đó, bao gồm nhưng không giới hạn trong việc thanh toán các phí và chi phí không được bất kỳ kế hoạch hoặc chương trình Phúc lợi nào hoàn trả trực tiếp cho Bệnh viện và các Bác sĩ điều trị. Hơn nữa, tôi đồng ý thanh toán toàn bộ chi phí thu nợ, phí luật sư hợp lý và chi phí pháp lý trong việc cưỡng chế thi hành nghĩa vụ thanh toán này.

**ỦY QUYỀN XỬ LÝ KHIẾU NẠI & TIẾT LỘ THÔNG TIN:**

Tôi ủy quyền Hệ thống Bệnh viện Gwinnett và các bác sĩ nhà thầu độc lập và/hoặc các công ty kinh doanh chuyên nghiệp cung cấp các dịch vụ cho tôi để hãng bảo hiểm thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ được bảo hiểm cung cấp tại Hệ thống Bệnh viện Gwinnett để xử lý khiếu nại thanh toán. Tôi ủy quyền việc cung cấp thông tin cần thiết, bao gồm thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ y tế được cung cấp trong quá trình tiếp nhận này hoặc bất kỳ các dịch vụ hoặc khiếu nại có liên quan cho (các) hãng bảo hiểm, bao gồm bất kỳ kế hoạch chăm sóc được quản lý nào hoặc người thanh toán nào khác, (các) chủ sử dụng lao động trước đây và/hoặc hiện tại, Medicare, CHAMPUS/TRICARE, các đoàn thể đánh giá tư nhân được quản lý và/hoặc các đoàn thể xem xét tận dụng thay mặt cho hãng bảo hiểm kể trên, người thanh toán, kế hoạch chăm sóc được quản lý và/hoặc (các) chủ sử dụng lao động, cơ quan lập hóa đơn và cơ quan thu nợ như trên hoặc các luật sư của Hệ thống Bệnh viện Gwinnett và/hoặc các bác sĩ nhà thầu độc lập và/hoặc các công ty kinh doanh chuyên nghiệp, các hãng Bồi thường Người lao động của chủ sử dụng lao động của tôi, và, nếu được, Cục Quản lý An sinh Xã hội, Cục Quản lý Tài chính Y tế, Tổ chức Xét duyệt hoạt động thay mặt chính phủ liên bang và/hoặc bất kỳ cơ quan liên bang hoặc tiểu bang nào khác vì mục đích đáp ứng các chi phí được lập hóa đơn và/hoặc tạo điều kiện thuận lợi cho việc đánh giá và/hoặc tuân thủ các nghĩa vụ của luật tiểu bang hoặc luật liên bang. Giấy ủy quyền này cho phép cung cấp dữ liệu và/hoặc bản sao hồ sơ sức khỏe cho chuyên viên chăm sóc sức khỏe khám bệnh và/hoặc được phép khám bệnh và/hoặc bất kỳ chuyên viên chăm sóc sức khỏe tư vấn nào và/hoặc bất kỳ chuyên viên chăm sóc sức khỏe nào có thể chăm sóc theo dõi tôi sau này. Tôi tiếp tục ủy quyền Hệ thống Bệnh viện Gwinnett và bất kỳ nhà cung cấp y tế nào khác hoặc các chuyên viên cung cấp các dịch vụ giúp tôi nhận được từ bất kỳ bệnh án nguồn, cuộc kiểm tra, chẩn đoán, điều trị và thông tin ủy quyền bảo hiểm hoặc sức khỏe khác vì (các) mục đích đáp ứng các phí được tính trên hóa đơn và/hoặc tạo điều kiện thuận lợi cho việc xem xét tận dụng, cung cấp điều trị y tế và/hoặc đánh giá việc điều trị đó, và/hoặc tuân thủ các nghĩa vụ của luật tiểu bang hoặc luật liên bang. Mọi bản sao của Giấy ủy quyền này đều có hiệu lực như nhau.

**CHỨNG NHẬN, ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN VÀ YÊU CẦU THANH TOÁN CỦA BỆNH NHÂN MEDICARE:**

Tôi xác nhận thông tin tôi đưa ra để nộp đơn thanh toán theo Tiêu đề XVIII của Luật An sinh Xã hội là chính xác. Tôi ủy quyền cho bất kỳ người nắm giữ thông tin y tế hoặc thông tin nào khác về tôi được tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết cho việc này hoặc khiếu nại về Chăm sóc y tế CÓ LIÊN QUAN đến Cục quản lý An sinh Xã hội hoặc trung gian hoặc các hãng bảo hiểm. Tôi yêu cầu việc thanh toán thay mặt tôi các khoản phúc lợi được ủy quyền.

**Tôi hiểu chữ ký của tôi bao gồm những lần thăm khám tại TRUNG TÂM CHĂM SÓC UNG THƯ trong 365 ngày kể từ ngày tôi ký vào mẫu này.**

ĐÃ KÝ: \_\_\_\_\_  
Bệnh nhân/Người đại diện của Bệnh nhân      Quan hệ nếu không phải bệnh nhân      Ngày

NGƯỜI LÀM CHỨNG: \_\_\_\_\_

Lý do nếu Không thể Ký: \_\_\_\_\_