

# Dr. Anastasios Manessis, Dr. Iven Young

## FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY

1. **RELEASE OF INFORMATION:** I authorize Dr. Manessis/Dr. Young and their respective designees to use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any other information necessary for discharge planning purposes.
2. **ASSIGNMENT OF INSURANCE:** I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Dr. Manessis/Dr. Young. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.
3. **FINANCIAL LIABILITY:** I have been provided a copy of Dr. Manessis'/Dr. Young's financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to Dr. Manessis/Dr. Young for care and treatment, including co-payments, co-insurance and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. **I understand that I will be responsible for any charges IF any of the following apply:**
  - My health plan requires prior authorization or referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services from Dr. Manessis/Dr. Young and I have not obtained such an authorization or referral or I receive services in excess of such authorization or referral AND/OR
  - My health plan determines that the services I receive from Dr. Manessis/Dr. Young are not medically necessary and/or not covered by my insurance plan, AND/OR
  - My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services from Dr. Manessis/Dr. Young, AND/OR
  - I have chosen not to use my health plan coverage/I currently do not have health insurance and will pay out of pocket.
4. **MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only):** I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.  
  
**Patient's Medicare Number** \_\_\_\_\_ **Patient Signature** \_\_\_\_\_
5. **ANCILLARY SERVICES:** I understand I may receive certain ancillary medical services from Dr. Manessis/Dr. Young; such as local anesthesia, imaging services (e.g. ultrasounds), biopsies, phlebotomy or interpretation of laboratory results. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of my diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.
6. **CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS:** I understand that I may incur a **\$50.00 cancelation fee** if I do not provide 24 hour notice of cancelation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.

*I have been provided the Financial Policies and Patient Responsibilities for Dr. Manessis/Dr. Young. I understand the information listed above which has been fully explained to me.*

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Guarantor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## POLÍTICAS FINANCIERAS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

- 1 . DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** : Autorizo Dr. Manessis / Dr. Young y sus respectivos designados para usar y divulgar mi información de salud a todos los efectos necesarios para las operaciones de tratamiento , pago y atención médica , incluyendo pero no limitado a la liberación de la información solicitada por mi compañía de seguros ( o portador ) y cualquier otra información necesaria para la planificación del alta propósitos .
- 2 . CESIÓN DE SEGURO** : Por la presente autorizo a mis beneficios del seguro a ser pagados directamente al Dr. Manessis / Dr. Young. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesarias para procesar reclamaciones de seguros en mi nombre .
- 3 . RESPONSABILIDAD FINANCIERA** : Se me ha entregado una copia de Dr. Manessis / Dr. Las políticas financieras de jóvenes y están de acuerdo con los términos especificados. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cargos vencidos (o ) a vencer al Dr. Manessis / Dr. Joven por la atención y el tratamiento, incluyendo los co -pagos, co - seguros y deducibles según lo dispuesto bajo mi plan. Los beneficios, si los hubiere , pagadas por un tercero, se acreditarán en la cuenta. Entiendo que seré responsable por cualquier cargo si se da alguna de las siguientes opciones :
- Mi plan de salud requiere autorización previa ni remisión de un médico de cuidado primario (PCP ) antes de recibir los servicios del Dr. Manessis / Dr. Joven y no he obtenido una autorización o referencia tales o que reciben servicios en exceso de dicha autorización o remisión Y / O
  - Mi plan de salud determina que los servicios que recibo de Dr. Manessis / Dr. Young no son médicamente necesarios y / o no cubierto por mi plan de seguro , Y / O
  - Mi cobertura del plan de salud de su caducidad o expirado en el momento en que reciba los servicios del Dr. Manessis / Dr. Young, Y / O
  - He optado por no utilizar mi plan de cobertura médica / I Actualmente no tengo seguro médico y voy a pagar de su bolsillo .
- 4 . MEDICARE FIRMA EN ARCHIVO ( sólo pacientes con Medicare )** : Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare puede hacer ya sea para mí o en mi nombre a todos los proveedores que me tratan o cualquiera de los servicios prestados a mí por esos proveedores. Autorizo al titular de la información médica y de otro tipo a liberar a Medicare ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para los servicios relacionados.
- Número de Medicare del paciente \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_
- 5 . SERVICIOS AUXILIARES** : Entiendo que yo puedo recibir ciertos servicios médicos auxiliares del Dr. Manessis / Dr. Joven , tales como anestesia local, servicios de imágenes (por ejemplo, ultrasonidos ) , biopsias , flebotomía o la interpretación de los resultados de laboratorio . Entiendo que algunos médicos no podrán prestar servicios en mi presencia , pero participan activamente en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Por la presente autorizo el pago directamente por estos servicios dentro de la política ( s ) o plan ( s ) expedido por mi compañía de seguros. Yo entiendo que puedo incurrir en cargos adicionales como resultado de estos servicios auxiliares ; me comprometo a pagar todos los cargos debidos con respecto a este tipo de servicios en la medida de la carga se debe pagar después se le da crédito por los beneficios pagados por mí por cualquier pagador de terceros .
- 6 . Cancelado o NO -SHOW NOMBRAMIENTOS** : Entiendo que puedo incurrir en un cargo \$ 50.00 cancelación si no proporciono 24 horas de anticipación de la cancelación , o si no me quedo con mi cita y no he cancelado.
- Se me ha proporcionado las políticas financieras y Responsabilidades del Paciente para el Dr. Manessis / Dr. Young. Entiendo que la Información que aparece enclma de la cual ha sido completamente explicados.**

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΟΡΟΙ / ΕΥΘΥΝΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- 1 . ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ** : Εξουσιοδοτώ των Δρ Μάνεσης / Δρ . Γιανκ και τους ορισμένους εκπρόσωπους τους, να χρησιμοποιήσουν και να αποκαλύψουν πληροφορίες για την υγεία μου, για όλες τις χρήσεις που απαιτούνται για τις εργασίες επεξεργασίας , την πληρωμή και την υγειονομική περίθαλψη , που περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται στην απελευθέρωση των πληροφοριών που ζητούνται από την ασφαλιστική μου εταιρεία ( ή φορέα ) , καθώς και κάθε άλλη πληροφορία που απαιτείται για το την ολοκλήρωση του αναγκαίου προγράμματος συμφώνα με τις ιατρικές ανάγκες περίθαλψης μου.
- 2 . ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** : Εξουσιοδοτώ οποίες ασφαλιστικές παροχές μου να καταβάλλονται απευθείας στον Δρ Μάνεσης / Δρ . Young. Καταλαβαίνω ότι είμαι οικονομικά υπεύθυνος για τη μη καλυπτόμενες υπηρεσίες . Δίνω τη συγκατάθεσή μου για οποιοδήποτε ιατρική ή άλλη πληροφορία που απαιτείται για την επεξεργασία των ασφαλιστικών απαιτήσεων εκ μέρους μου .
- 3 . ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ** : Ελαβα αντίγραφο απο τον Δρ Μάνεσης / Δρ Γιανκ του "**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΟΡΟΙ / ΕΥΘΥΝΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**" και συμφωνώ με τους όρους που καθορίζονται . Δηλώνω συμφωνως να καταβάλω όλα τα τέλη που οφείλονται ( ή μπορεί να γίνουν απαιτητα ) απο τον Δρ Μάνεσης / Δρ . Γιανκ για τη νοσηλεία και θεραπεία μου , συμπεριλαμβανομένης της συν-πληρωμής , συνασφάλισης και μη καλυπτόμενων ποσών που προβλέπονται στο πλαίσιο του υπομηματος αυτού. Οφέλη, αν υπάρχουν , που καταβάλλονται από ένα τρίτο μέρος, θα πιστωθούν στο λογαριασμό . **Αντιλαμβάνομαι ότι θα είμαι υπεύθυνος για οποιοδήποτε χρεώσεις AN οποιοδήποτε από τα παρακάτω ισχύει :**
- Το ασφαλιστικό συμβόλαιο/πλάνο για την υγεία μου απαιτεί προηγούμενη άδεια ή παραπομπή από ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας ( PCP ) , πριν από τη λήψη υπηρεσιών από τον Δρ Μάνεσης / Δρ . Νέοι και δεν έχουν λάβει τέτοια άδεια ή παραπομπή ή λάβω υπηρεσίες πέραν της εν λόγω άδειας ή παραπομπή 'H / ΚΑΙ
  - Το ασφαλιστικό συμβόλαιο/πλάνο για την υγεία μου καθορίζει ότι οι υπηρεσίες που λαμβάνω από τον Δρ Μάνεσης / Δρ . Γιανκ δεν είναι ιατρικά αναγκαία ή / και δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό πλano μου , 'H / ΚΑΙ
  - Το ασφαλιστικό συμβόλαιο/πλάνο για την υγεία μου έχει λήξει ή έχει λήξει κατά το χρόνο που λαμβάνω υπηρεσίες από τον Δρ Μάνεσης / Δρ . Γιανκ , 'H / ΚΑΙ
  - Έχω επιλέξει να μην χρησιμοποιήσω την κάλυψη του ασφαλιστικό συμβόλαιο/πλάνου για την υγεία μου.
- ή Αυτή τη στιγμή δεν έχω ασφάλιση υγείας και θα πληρώσω από την τσέπη μου.
- 4 . Υπογραφή στο MEDICARE αρχείο (ασθενείς medicare μόνο )** : Ζητώ ότι η πληρωμή των εγκεκριμένων παροχών Medicare να γίνουν είτε σε μένα ή για λογαριασμό μου σε όλους τους παρόχους , για τη θεραπεία ή οποιοδήποτε υπηρεσίες παραχωρηθήκαν σε μένα από τους οικείους παρόχους . Επιτρεπω στον κάτοχο των ιατρικών και άλλων πληροφοριών για μένα, να διαθέσει αυτές στο Medicare και τους φορείς του, καθώς και κάθε πληροφορία απαραίτητη για τον προσδιορισμό των εν λόγω οφειλών ή οφειλή για τις σχετικές υπηρεσίες .
- Αριθμός Medicare ασθενή \_\_\_\_\_ Υπογραφή ασθενούς \_\_\_\_\_
- 5 . ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ** : Καταλαβαίνω ότι μπορεί να λαμβάνω ορισμένες βοηθητικές ιατρικές υπηρεσίες από τον Δρ Μάνεσης / Δρ . Γιανκ, Όπως: τοπική αναισθησία ,υπηρεσίες απεικόνισης ( π.χ. υπέρηχοι ) , βιοψίες , φλεβοτομία ή την ερμηνεία των εργαστηριακών αποτελεσμάτων . Αντιλαμβάνομαι ότι ορισμένοι γιατροί δεν μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες στην παρουσία μου , αλλά συμμετέχουν ενεργά κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας μου . Εξουσιοδοτώ την πληρωμή άμεσα για τις υπηρεσίες αυτές στο πλαίσιο της πολιτικής (-εξ ) ή σχέδιο (-εξ ) που έχουν εκδοθεί για μένα από τον ασφαλιστικό μου φορέα . Καταλαβαίνω ότι μπορεί να υπάρχουν επιπλέον χρεώσεις ως αποτέλεσμα αυτών των βοηθητικών υπηρεσιών. Συμφωνώ να πληρώσω όλα τα έξοδα που οφείλονται σε σχέση με τις υπηρεσίες αυτές, στο βαθμό που το ποσό αυτό παραμένει ανεξόφλητο μετά την πίστωση που δίνεται για παροχές που καταβάλλονται για λογαριασμό μου από οποιοδήποτε τρίτο συμβάλλοντα.
- 6 . Για ακυρώσεις ή ΔΙΟΡΙΣΜΟΙ NO - SHOW** : Κατανοώ ότι μπορεί να επιβαρυνθώ με 50 δολάρια ποινή ακύρωσης ραντεβού, αν δεν παρέχω 24 ώρες πριν το ραντεβού, ανακοίνωση της ακύρωσης , ή αν δεν τηρήσω το ραντεβού μου χωρίς να έχει αυτό ακυρωθεί .
- ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΜΝΗΜΑΤΟΣ "ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΡΟΙ / ΕΥΘΥΝΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ " του Δρ Μάνεσης / Δρ . Young.**
- Καταλαβαίνω πλήρως τις πληροφορίες και τους όρους που αναφέρονται ανωτέρω και έχουν εξηγηθεί πλήρως σε μένα .**