

Postupy při placení – přímé fakturování

Děkujeme Vám, že jste se rozhodl/a pro Canadian Medical (CM) jako Vašeho poskytovatele lékařské péče. Naším cílem je poskytování špičkové a cenově dostupné zdravotní péče. Tyto postupy při placení byly vytvořeny s cílem odpovědět na otázky o zdravotním pojištění a odpovědnosti klienta a CM za poskytnuté služby. Přečtěte si je prosím celé a zeptejte se pracovníků naší recepce, pokud budete mít jakékoli otázky. Nakonec prosím tento dokument podepište na místě, které je k tomu vyhrazeno. Na požádání dostanete jeden výtisk pro Vaši potřebu.

1. Přímé fakturování: Jako laskavost pro své zákazníky nabízí CM s potěšením službu přímého fakturování (PF) = alternativa bezhotovostního vyúčtování - klientům smluvních zahraničních pojišťoven a společností poskytujících neodkladnou lékařskou pomoc (podrobné údaje o našich posledních ujednáních o PF najdete na <http://www.canadian.cz/en/client-service/for-the-clients-of-foreign-insurance-companies>). Pokud si přejete být brán/a v úvahu jako vhodná osoba pro náš benefit PF (podléhá schválení CM), požadujeme kopii Vaší platné ID karty pojištěnce a údajů platební karty. CM přijímá všechny významné kreditní nebo debetní karty. Upozorňujeme, že pokud neobdržíme platbu od vaší pojišťovny do 60 dnů od data poskytnutí služby, očekává se od Vás, že danou částku uhradíte. Jste odpovědný/á za všechny naúčtované náklady. Pokud nejste pojištěný/á pojistným plánem, který patří k našim obchodním partnerům, očekáváme plnou platbu při každé návštěvě. Jste-li pojištěný/á pojistným plánem, který patří k našim obchodním partnerům, ale nemáte platnou kartu pojištěnce, požadujeme plnou platbu při každé návštěvě do doby, než se nám podaří ověřit Vaše krytí. Jste odpovědný/á za znalost Vašich pojistných plnění. Se všemi otázkami o Vašem pojistném krytí se prosím obraťte na vaši pojišťovnu.

Ochrana osobních údajů: Jste-li pojištěný/á nebo máte-li smluvní spolupráci s neodkladnou lékařskou pomocí, věnujte prosím pozornost tomu, že v tomto dokumentu opravňujete CM k poskytnutí Vašich relevantních osobních údajů (včetně údajů o zdraví) a kopií lékařských zpráv vaší pojišťovně nebo neodkladné lékařské pomoci pro účely uvážení vhodných nákladů, které bude CM účtovat za zdravotní péči, která Vám bude poskytnuta. Uvědomte si prosím také, že pokud jste pojištěný/á nebo máte smluvní spolupráci s neodkladnou lékařskou pomocí, opravňujete tímto CM k vložení kódů vašich diagnóz do faktury, kterou vystaví CM pro Vaši zdravotní pojišťovnu nebo neodkladnou lékařskou pomoc za zdravotní péči, která Vám byla poskytnuta.

Řízená péče: Pokud si přejete použít náš benefit PF na lékařské služby poskytnuté mimo CM v nemocnicích nebo jiných specializovaných lékařských centrech (diagnostické nebo ústavní služby), pomůžeme Vám s domluvením termínu a zaručíme provedení platby. Uvědomte si prosím, že musíte dostat formulář doporučení z naší ordinace ještě předtím, než navštívíte specialistu mimo CM. Zpětně datované doporučení bude velmi pravděpodobně zamítnuto.

2. Prokázání pojištění: Všichni klienti musí před vyšetřením lékařem vyplnit naše důvěrné informace. K prokázání Vašeho pojištění musíte předložit Vaši stávající platnou ID kartu pojištěnce. Nepodaří-li se Vám poskytnout nám včas správné informace o pojištění, bude Vaší povinností uhradit nárokovanou částku.

3. Nehrazené služby: Uvědomte si prosím, že některé služby, které Vám budou poskytnuty, nemusí být hrazeny z Vašeho pojištění. Budete požádán/a o plné proplacení těchto služeb v době návštěvy.

4. Spoluúčasti a odpočty: Veškeré spoluúčasti a odpočty musí být zaplacený v době poskytnutí služby, pokud nebylo učiněno jiné ujednání. Toto ujednání je součástí Vaší smlouvy s Vaší pojišťovnou a nevybrání spoluúčasti a odpočtů od pacientů z naší strany by mohlo být považováno za podvod. Pomozte nám prosím dodržet zákony tím, že zaplatíte Vaši spoluúčast při každé návštěvě. CM přijímá všechny významné kreditní a debetní karty a hotovost.

5. Předložení nároků: Předložíme Vaše nároky a pomůžeme Vám všemi rozumně možnými způsoby získat úhradu Vašeho nároku. Vaše pojišťovna od Vás může požadovat přímé poskytnutí určitých informací (vyplnění formuláře pojistného nároku) a vyhovění této žádosti je Vaší povinností. Uvědomte si prosím, že je Vaší povinností uhradit nárok, ať už Vaše pojišťovna Váš nárok uhradí nebo neuhradí. Vaše pojistné plnění je smlouvou mezi Vámi a Vaší zdravotní pojišťovnou; CM není stranou této smlouvy.

6. Přechod k jiné zdravotní pojišťovně: Oznamte nám prosím co možná nejdříve svoji novou zdravotní pojišťovnu, abychom mohli provést odpovídající změny, aby se předešlo chybnému fakturování a k zajištění maximálního využití Vašich pojistných nároků/plnění.

7. Neplacení: Pacienti s neuhrazeným saldem déle než 60 dnů musí zařídit platbu ještě před dojednáním termínů. Uvědomujeme si, že lidé mohou mít finanční problémy, a Přímé fakturování CM je ochotno jednat o možnostech, které by odpovídaly Vaší situaci. Uvědomte si prosím, že zůstane-li saldo nezaplacené, můžeme předat Váš účet inkasní agentuře/právníkovi a Vy a Vaši nejbližší členové rodiny mohou být vyloučeni z této praxe.

8. Nedodržené termíny/pozdní stornování: Nedodržené termíny představují náklady pro nás, pro Vás a pro jiné pacienty, kteří mohli být vyšetřeni a léčeni v době, která byla vyhrazena pro Vás. Stornování je požadováno do 24 hodin před termínem. Vyhrajujeme si právo naúčtovat stornovací poplatek za pozdě stornované a nedodržené termíny podle našeho stávajícího ceníku. Nadměrné zneužívání jakýchkoli domluvených termínů může vést k vyloučení z praxe.

Canadian Medical sleduje cíl poskytovat našim pacientům tu nejlepší léčbu. Naše ceny jsou reprezentativní pro obvyklé a běžné ceny ve Vaší oblasti. Děkujeme Vám za porozumění našim platebním postupům. Obratťte se na nás prosím v případě jakýchkoli otázek nebo obav.

Přečetl/a jsem si tyto Postupy při placení a porozuměl/a jsem ji a souhlasím s tím, že se budu řídit jejich směrnicemi.

(Prosíme čitelně tiskacím písmem)

Příjmení	Křestní jméno
Datum narození (den/měsíc/rok)	Pohlaví

Platební postupy

- CM požaduje, aby platba byla provedena v hotovosti nebo kreditní/debetní kartou v den poskytnutí lékařských služeb.
- Přejete-li si být brán/a v úvahu jako vhodná osoba pro náš **benefit přímého fakturování +** (závisí na schválení CM), **požadujeme kopii Vaší karty pojištěnce a údaje platební karty** (závazné). CM přijímá všechny významné kreditní/debetní karty.
- CM nemá před předložením žádosti o přímé fakturování ještě k dispozici Vysvětlení výhod. Jakmile Vaše pojišťovna předá CM informace o Vysvětlení výhod, bude pro Vás právně zavázané zaplatit částku salda za lékařské služby, které Vám byly poskytnuty, ale nejsou hrazeny Vaší pojišťovnou.
- V případě platby za lékařské služby, které Vám byly poskytnuty, opravňujete tímto CM naúčtovat po zaslání Vysvětlení výhod na Vaši kreditní kartu jakoukoli částku salda.
- CM tímto prohlašuje, že s údaji získanými v tomto dokumentu bude nakládáno přísně důvěrně a budou bezpečně uchovány k výlučnému účelu pokrytí jakékoli neprovedené platby za služby, které Vám byly poskytnuty. Žádná z těchto informací nebude předána třetí straně.

Spol. kreditní karty*

Číslo karty	Datum expirace (M/R)
-------------	----------------------

*CM přijímá všechny významné kreditní a debetní karty.

+Benefit přímého fakturování je použitelný pouze pro zahraniční pojišťovny.

Potvrzení

- Potvrzuji, že jsem si vědom/a svého práva požadovat kdykoliv informace o odhadu nákladů spojených s mým léčením v CM.
- Potvrzuji, že jsem si vědom/a toho, jaké částky budou podle stávajícího ceníku účtovány za pozdě stornovaný a zameškaný termín.
- Potvrzuji, že jsem si vědom/a toho, jaké navýšení částky (až 30 %) bude účtováno za administrativní náklady související s organizováním léčení mimo CM a přefakturování relevantních léčebných nákladů.
- Zmocňuji CM, aby na výše uvedenou bankovní kartu naúčtovala jakékoli léčebné náklady, které neuhradila moje pojišťovna v souladu s Vysvětlením výhod; jako důkaz této skutečnosti připojuji níže svůj vlastní podpis.
- Tímto slavnostně prohlašuji, že poskytnutí údajů z mé kreditní karty pro výše uvedené účely je výrazem mé svobodné vůle a že na mne nebyl činěn jakýkoli nátlak, abych učinil/a toto rozhodnutí.
- Potvrzuji, že jsem oprávnil CM k poskytnutí mých relevantních osobních údajů (včetně údajů o zdravotním stavu) a kopií mých lékařských zpráv mé zdravotní pojišťovně nebo neodkladné lékařské pomoci pro účely zvažování oprávněných nákladů, které mi CM naúčtuje za zdravotní péči poskytnutou mé osobě.
- Potvrzuji, že jsem CM oprávnil k vložení mých kódů diagnóz do faktury, kterou CM vystaví pro moji pojišťovnu nebo moji neodkladnou lékařskou pomoc za poskytnutí zdravotní péče mé osobě.

Podpis pacienta/rodiče:

Datum:

Rodinní příslušníci:

Poskytněte nám laskavě následující informace sloužící k získání CM benefitu přímého fakturování. Zaručujeme, že tyto údaje budou trvale uchovány důvěrně a utajeně. Důvěrné informace jsou zpracovávány v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sbírky, o ochraně osobních/důvěrných údajů.