

TERMS & CONDITIONS

I, the undersigned, hereby declare that all the information supplied is just and true. I confirm that where medical scheme details are provided, that this is accurate and true, and that the patient is a *bona fide* member/dependant of the medical scheme. I confirm that I accept responsibility as principal debtor for payment of the full outstanding amount, if not settled by my medical scheme.

I can confirm and acknowledge that by choosing this practice:

- That I have been informed of the fees charged by this practice.

For patients (Private and Medical Scheme) the following apply:

First consultation R1,350.00, but R1,600.00 for extended consultation 45mins and above.

Follow-up consultations R850.00, and short follow-ups, less than 15mins R600.00.

These fees are payable immediately after the consultation. Patients on medical aid should claim back fees from their respective funds.

- That I can request the information regarding the fees from the receptionist prior to receiving any treatment.
- That these tariffs / fees may exceed the amount paid by the medical scheme as the doctor may not be contracted with my medical scheme, and that I am able to obtain those details from my medical scheme.
- That fees do not include hospital cost, any pathology or radiology, or referral to another healthcare provider as this would be for my own account for those services.
- That I and/or my family or other persons that come to the practice will not harass the healthcare professionals and staff. That I will treat them with respect and acknowledge that I will also be considerate to the wellbeing of other patients around me, always adhering to any rules of the practice. If not, I understand that the practice has a right to refuse treatment or refuse to continue to treat me or my children.
- That I will only communicate with the practice in person, via telephone or by email correspondence should I have any questions, and should I not have any question that the practice may assume that I understood everything.
- That I authorise and give consent to the Practice, the staff or agent of the Practice, which may include the practice management services of a contracted third party, to present for payment all the relevant details and personal information, on my behalf to the medical scheme, managed health care organisation or insurer, owed to the Practice. That this information will include a diagnostic code (ICD-10) or other details relating to the treatment. Notwithstanding the aforesaid, I acknowledge that it remains my duty to ensure that all accounts are received by the medical scheme timeously. The Practice, nor its agents, shall incur any liability in instances where accounts are not submitted to the medical scheme timeously.
- That the practice will regard my information as confidential in relation to my healthcare, however, may need to disclose this to other healthcare providers with regards to my treatment to which I consent.
- That all private (no medical scheme) accounts are payable immediately following the rendering for services thereof.
- That if the account is not paid / short paid, for whatsoever reason, I will settle this within 30 calendar days. Should this account be overdue I understand that should I still not settle the account upon receipt of a final notice / demand that the practice may undertake the debt collection process and that I will be responsible for the costs or legal fees relating to this collection, which may also include interest. I consent that should this be the case, my personal information may be given to the debt collection agency / attorneys.
- That all appointments must be cancelled at least 24 hours in advance, by failing to do this I may be charged for a late penalty cancellation fee.
- That any request for repeat prescriptions, completion of chronic medication application forms, special motivation letters, medical report or letter accompanying disability claims will also be charged and will be payable immediately upon receipt of the documentation. I understand that the onus will rest on me to follow up on any submission to the medical scheme regarding completed chronic application forms and motivations.
- That I choose *domicillium citandi et executandi* at my residential address as per the Patient Information Form.

Name & Surname

Signature

Date: ____/____/20____

TERME & VOORWAARDES

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat al die inligting wat verskaf word, akkuraat en waar is. Ek bevestig dat waar mediese skema besonderhede verskaf word, dat dit akkuraat en waar is, en dat die pasiënt 'n bona fide lid/afhanklike van die mediese skema is. Ek bevestig dat ek verantwoordelikheid as hoofskuldenaar aanvaar vir betaling van die volle uitstaande bedrag, indien dit nie deur my mediese skema vereffen word nie.

Met my keuse van dienste by hierdie praktyk, bevestig en erken ek die volgende:

- Dat ek ingelig is oor die fooie wat deur hierdie praktyk gehef word.

Vir pasiënte (Privaat en Mediese Fonds) geld die volgende:

Eerste konsultasie R1,350.00, maar R1,600.00 vir verlengde konsultasie langer as 45 minute.

Opvolg konsultasie R850.00, en vir kort opvolg besoeke, minder as 15 minute is dit R600.00.

Hierdie fooie is betaalbaar onmiddellik na die konsultasie. Pasiënte met 'n mediese fonds kan gelde van hul onderskeie fondse terugeis.

- Dat ek die inligting rakende die gelde van die ontvangsdame kan aanvra voordat ek enige behandeling ontvang.
- Dat hierdie tariewe/fooie die bedrag wat deur die mediese skema betaal word kan oorskry aangesien die dokter nie noodwendig met my mediese skema gekontrakteer is nie, en dat ek daardie besonderhede van my mediese skema kan bekom.
- Dat fooie nie hospitaalkostes, enige patologie of radiologie, of verwysing na 'n ander gesondheidsorgverskaffer insluit nie, aangesien daardie vir my eie rekening sal wees.
- Dat ek en/of my familie of ander persone wat na die praktyk kom, nie die gesondheidswerkers en personeel sal teister nie, maar hulle met respek sal behandel. Ek gee erkenning aan die welstand van ander pasiënte rondom my en dus sal ek te alle tye enige reëls van die praktyk nakom. Indien nie, verstaan ek dat die praktyk 'n reg het om behandeling te weier of om voort te gaan met die behandeling van my en/of my kinders.
- Dat ek net kommunikasie met die praktyk sal hê, in persoon, per telefoon of per e-pos indien ek enige vrae het. Indien ek geen vrae het nie kan die praktyk aanneem dat ek alles verstaan.
- Dat ek die praktyk, die personeel of agent van die praktyk, wat ook 'n gekontrakteerde derde party praktykbestuur maatskappy mag wees, magtig en toestemming gee, om aan te bied vir betaling al die relevante besonderhede en persoonlike inligting, namens my aan die mediese skema, die fonds administreerders of versekeraar, ten opsigte van die bedrag verskuldig aan die praktyk vir dienste gelewer. Dat hierdie inligting 'n diagnostiese kode (ICD-10) of ander besonderhede met betrekking tot die behandeling sal insluit. Nieteenstaande die voorafgaande, erken ek dat dit my plig bly om te verseker dat alle rekenings deur die mediese skema vroegtydig ontvang word. Die praktyk, of sy agente, sal geen aanspreeklikheid aangaan vir gevalle waar rekenings nie betyds aan die mediese skema voorgelê word nie.
- Dat die praktyk my inligting as vertroulik met betrekking tot my gesondheidsorg sal beskou en dit soms bekend moet maak aan ander gesondheidsorgverskaffers ten opsigte van my behandeling, waartoe ek ook toestemming gee.
- Dat alle privaat (geen mediese skema) rekeninge onmiddellik betaalbaar is na aanleiding van die lewering van dienste.
- Dat indien die rekening nie betaal of kort betaal is, om watter rede ook al, sal ek dit vereffen binne 30 kalender dae. Indien hierdie rekening agterstallig is, verstaan ek dat indien ek nog nie die rekening vereffen by ontvangs van 'n finale kennisgewing/aanmaning nie, dat die praktyk die skuldinvordering proses kan voortsit en dat ek verantwoordelik kan wees vir enige koste asook regskostes rakende hierdie invordering, wat rente ook kan insluit. Ek gee verder toestemming dat indien hierdie proses gevolg moet word, my persoonlike inligting aan die invorderings-maatskappy / prokureurs oorgedra mag word.
- Dat afsprake ten minste 24 uur vooruit gekanselleer moet word, en indien ek versuim om dit te doen, sal daar moontlik 'n boete wees vir 'n laat kansellering fooi.
- Dat enige versoek vir die herhaling van voorskrifte, voltooiing van kroniese medikasie aansoekvorms, spesiale motiverings briewe of mediese verslae daar 'n fooi gehef sal word wat onmiddellik betaalbaar is by ontvangs van die dokumentasie. Ek verstaan dat die onus op my sal rus om enige voorlegging aan die mediese skema op te volg ten opsigte van hierdie aansoekvorms en motiverings.
- Ek kies my domicillium citandi et executandi as my residensiële adres soos voltooi op die Pasiënt Inligting Vorm.

Naam & Van

Handtekening

Datum: ____/____/20____