



치료 동의서, 보험 급부 양도, 정보 공개 및 재정 동의

1. 치료 동의서

서명인은 담당 의료진의 일반적 및 구체적 지침하에 본인에게 시행되는 X-레이, 실험실 또는 기타 의료 절차나 검사에 동의합니다. 본인은 Englewood Health Physician Network 의 치료/검사 시 원하는 결과가 보장되지 않음을 인정합니다. 또한 Englewood Health Physician Network 소속 담당자가 진료 시 실수로 본인의 혈액이나 체액에 노출되었거나 담당 의료진이 관련 검사가 의료상 필요하다고 판단하는 경우에는 본인의 혈액에 대해 HIV(인체 면역 결핍 바이러스) 및/또는 기타 혈액성 병원균을 검사하는 데 동의합니다. 이러한 검사 결과는 본인에게 보고되고 본인의 의료 기록에 기입되며 법률에 따라 보건 복지부에 통보됩니다.

2. 정보 공개

이에 Englewood Health Physician Network 는 본 동의서에 따라 서비스에서 발생하는 본인의 재정적 의무 이행 당사자에게 본인의 모든 의료 기록을 공개하고, 개인 식별 가능 정보가 공개되지 않는 품질, 역학 및 교육 연구를 위해 본인의 의료 기록에 포함된 데이터를 사용할 수 있습니다. 본인은 Englewood Health Physician Network 에 Sure Scripts 에서 본인의 의료 기록 정보를 다운로드할 권한을 부여합니다.

3. 보험 급부 양도

환자가 환자 또는 환자에 대한 책임을 지는 기타 당사자의 보험 적용 정책에서 발생하는 모든 유형의 의료 급부를 받을 수 있는 경우 해당 급부는 본 동의서를 통해 Englewood Health Physician Network 및/또는 치료 담당 의료진에게 양도됩니다. 환자의 보험회사에서 의료 급부, 보험 보장 또는 보험금 지급을 거부하는 경우에는 본 동의서에 따라 Englewood Health Physician Network 및/또는 치료 담당 의료진이 환자를 대신하여 해당 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

4. 건강 보험 급부(해당하는 경우)

본인은 사회 보장법 18 조에 따라 보험금 지급 신청 시 제공되는 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 본인과 관련된 의료 또는 기타 정보 보유자가 본 청구 또는 관련 건강 보험금 청구에 필요한 모든 정보를 사회 보장 관리부 또는 중개 업체나 이행 업체에 공개할 권한을 부여합니다. 본인은 지급 가능한 급부를 Englewood Health Physician Network 또는 서비스를 제공하는 의료진에게 서비스 비용으로 양도하며, Englewood Health Physician Network 또는 치료 담당 의료진이 Medicare 에 보험금 지급을 청구할 권한을 부여합니다.

5. MEDICAID

본인은 본 청구를 통해 보장되는 서비스를 받았음을 확인하며 본인을 대신하여 해당 서비스 요금을 지급할 것을 요청합니다. 본인은 진료 서비스에 대해 지급 가능한 급부를 Englewood Health Physician Network 및/또는 치료 담당 의료진에게 양도합니다. 본인은 Englewood Health Physician Network 또는 의료진이 Medicaid 에 본인을 대신하여 보험금 지급을 청구할 권한을 부여합니다. 본인은 프로그램 정책에 따라 본 청구를 처리하는 데 필요한 본인의 의료 정보를 공개할 권한을 부여합니다.

6. 진료에 포함되지 않는 기타 의료진 서비스

환자가 환자에게 보장되는 모든 보험 정책에서 발생하는 모든 유형의 급부를 받을 수 있는 경우 본 동의서에 따라 해당 급부는 요청 시 환자에게 서비스를 제공하는 기타 모든 의료진(진료에 미포함)에게도 적용됩니다. 환자 본인은 상기 명시된 의료진이 환자의 의료 보험 플랜에 참여 중인지 여부를 확인하기 위해 보험 회사에서 직접 정보를 확보할 책임이 있음을 이해합니다. 지정된 보험 플랜에 Englewood Health Physician Network 가 참여한다고 해서 본 진료의 범위를 벗어나는 기타 의료진이 참여하는 것을 의미하지는 않습니다. 본인은 기타 의료진의 진료에 대해 보험 플랜으로 보장되지 않는 모든 비용을 지불할 책임이 있음을 이해합니다.

7. 재정 동의

본인은 대리인으로서 서명했거나 또는 환자로서 서명했거나 환자에게 제공되는 서비스에 대해, Englewood Health Physician Network 의 표준 요금과 약관에 따라 Englewood Health Physician Network 에 개별적으로 지불할 의무가 있다는 것에 동의합니다. 본인은 사전에 승인을 받거나 의뢰하지 않아 보험회사에서 지급을 거부한 금액을 포함하여 보험회사에서 보장하지 않는 모든 청구 금액을 Englewood Health Physician Network 에 지불할 책임이 있음을 이해합니다. 채무 불이행 이후 계정에 대한 미수금 지급 이행이 의뢰되는 경우, 본인은 적절한 변호사 비용을 포함하여 미수금을 지불함에 동의합니다. 모든 연체 계정에는 법적 요율에 따른 이자가 부과됩니다.

서명인(환자 본인 또는 대리인)은 상기 내용을 읽고 이해하며 해당 사본을 수령했음을 확인합니다. 또한 상기 내용을 집행할 권한을 부여했으며 해당 약관을 수락합니다.

환자/공인 대리인 서명

날짜

환자/공인 대리인 정자체 이름 본인은

Englewood Health Physician Network 개인 정보 보호에 관한 안내서를 제공 받았음을 인정합니다.

환자/공인 대리인 서명

날짜