



필독 통지서

아래 부서를 확인해 주십시오:

마취과	수유실	순환기 내과
심전도/뇌전도/근전도	병리학과	실험실
방사선 치료	방사선과	폐기능
재활치료과	스트레스 테스트	혈관연구

위 부서에서 근무 중인 의사들은 Englewood Hospital and Medical Center 소속 직원이 아닙니다. 이 의사들은 독립적인 계약자입니다.

환자님의 주치의와 귀하가 의뢰된 다른 전문의도 동 병원 소속의 직원이 아닐 수 있습니다.

담당 의사에게 신원과 동 병원 소속 여부에 대한 확인을 항상 요청하십시오. 환자님에게는 의사를 선택하고 어느 의사의 치료든 거부할 수 있는 권리가 있습니다.

기억해 주십시오. 의사별로 개별 의료 보험에 대한 합의는 동 병원과 완전히 무관합니다. 어떤 의사들은 특정 보험 참가를 선택할 수도 있고, 어떤 의사들은 보험회사가 설정한 한도로 인해 제외될 수도 있습니다. 환자님의 보험은 일부 의료 서비스에 대해 전액 지불을 제공할 수 있지만, 이는 모든 의료 서비스를 포함하는 것이 아닙니다. **보험회사와 본인의 보험 적용 범위를 확인하는 것은 환자님의 책임입니다.** 일부 보험은 입원전 통지 및 승인, 선택적 수술(Elective Surgery)과 동시 활용 검토(Concurrent Utilization Review)를 위한 다른 의료진의 의견(2차 의견)을 요구합니다. 상기 내용을 준수함으로써 병원 및 의료진이 청구하는 의료비용에 대해 보다 폭넓은 보험적용을 받을 수 있고 환자 본인이 지불해야 하는 금액을 최소화할 수 있습니다.

본인은 위 통지서 내용을 읽고 이해했습니다.

환자 또는 수권 대리인 서명

일자/시간

