

NYC MIDTOWN HIFUKA

支払い同意書

アメリカにおける医療保険制度について説明させていただきます。当院の Policy をご理解いただければ幸いです。

1. アメリカのプライベート保険

診察時、免責額、Copay または Coinsurance（診察の度に患者さんが支払う一定の金額）などの支払いを当院にさせていただきます。また当院はあなたの代理として保険会社に医療費を請求いたします。当院はアメリカのプライベート保険会社の Network に参加しておりません。よって保険会社が支払いをカバーしない差額を患者さん自身が当院に支払わなければならない事態が起こりうることを承知し理解してください。また検査を行った時、保険会社がその検査を保険対象外と判断した場合患者さん自身がその費用を検査機関に支払う義務が生じます。

2. 海外旅行者用保険

キャッシュレスでの診療をご希望の場合、保険会社に事前に連絡を取り承認レターを入手していただければ幸いです。来院時に保険証書、クレーム用紙の記入、時にパスポートの提出が必要なことがあります。保険額請求先がアメリカ国外の場合医療費を全額当院に支払う必要が生じます。特に以下の点に注意してください。海外滞在中に発生した病気の場合は初診日より、ケガの場合は事故日より 180 日以内に限り保険でカバーされます。海外渡航以前および契約日以前からの病気、ケガは保険対象外です。

3. 社会保険、国民保険

当院に治療費の全額をお支払いいただいた後、患者さん自身が帰国後医療費の一部について払い戻しを受けることとなります。その際に必要な書類を当院が 1 枚 \$ 20 にて作成いたします。

4. 労災保険、自動車事故保険

事前に承認ケース番号、事故日、保険会社名、請求先住所、担当者名および電話番号を入手してください。事前承認、保障が必要な医療サービスのある場合、保険会社に事前に承認を得る必要があります。患者さんに提出していただいた書類を確認し当院が保険会社に医療費の請求をいたします。

5. 学生割引 学生証明書を確認後、学生割引された額を当院にお支払いいただきます。

5. 保険のない場合 医療費全額を患者さんがお支払いすることになります。

私は上記に記載された内容を理解しそれに同意いたします。私は免責額、Copayment また私の有する保険で支払われない医療費を私自身が支払うことを理解しそれに同意いたします。

私は当院が私の保険会社からの支払いを受け取れることを承諾いたします。私の保険会社が当院に私の診断、治療内容の情報を要求した場合、もしくは請求書の手続き上、治療情報を提出する必要がある場合、当院が私の診断、治療内容の情報を保険会社に知らせることを承認いたします。

患者名 (プリント) _____

患者名 (サイン) _____ 日付 _____ / _____ / _____

NYC MIDTOWN HIFUKA

Patient Payment Policy

1. American private insurance company

Paying 100% of the provier’s full charges, if the provider is not participating. Obtaining a referral authorization, paying your deductible, copays and any other financial obligation stated in your plan, if the provider is participating. Paying any and all balances of third-party providers, including specialist, imaging and laboratory services that our providers may order as medically necessary. We collect deductible, co-pay ad any services not covered by your plan. We submit an insurance claim to your insurance carrier on your behalf. Inform you of any services not covered by your plan, if the provider is participating.

2. Overseas Travel Accident Inurance plans

Calling your carrier ahead of time to obtain a verification letter if your policy is “cashless”. Presenting our staff with a valid policy and in some cases your passport. Filling out the required claim form. Paying 100% of the provider’s charge if the claims address is located outside the U.S. Paying 100% of the provider’s charges if the condition or service is not covered.

3. Worker’s Compensation of No Fault

Providing our staff with a valid case number, accident date, insurance name and address, adjuster name and pone number. Providing authorization for the service if needed. Providing an executed Assignment of Benefits form for your No Fault carrier. We will call your carrier ahead of time to verify the accident date, claim number, primary care physician, employer information and referral procedures. Submit an insurance claim to your insurance company on your behalf.

4. Japanese Universal Health Insurance Plan

Paying 100% of the provider’s charges. Fill out the requied Japanese claim forms (\$20.00 fee per claim) that you will need to obtain and submit yourself to the appropriate agency in Japan.

5. Uninsured

Paying 100% of the provider’s charges. Provide student discounts to those who present at the time of service a valid U.S. student ID.

I have read, understand, and agree to this financial policy. I understand thath charges not covered by my insurance company, as well as applicable copayment and deductible are my responsibility and are payable at the time of sevicce.

I authorize my insurance benefits be paid directly to Hoon Chung MD professional. I authorize Hoon Chung MD professional to release pertinent medical information to my insurance company when requested, or to facilitate payment of a claim.

Patient or Garantor Printed name _____

Patient or Garantor Signature _____

Date ____/____/____