

환자 개인 정보 보호

메트로 피부과는 건강보험 이전과 책임에 관한 법(HIPAA)에 의거하여 환자의 의료 정보(PHI)를 환자의 동의 없이 공개하지 않습니다. 환자분의 의료 정보에 관해 상의 하거나 공개하실 본인 외의 대리인이 있으시다면 대리인의 성함과 전화번호를 아래에 작성해 주십시오. 작성해 주신 대리인에게만 환자의 정보를 상의하거나 공개 할 수 있습니다.

- 1.환자분의 예약, 치료 방법,그리고 검사결과
- 2.보험 청구 관련 및 환자에게 청구되는 잔액에 관한 문의

위임자의 성명 (Print)

위임자의 전화번호 (Phone Number)

치료 동의

(이니셜) 본인은 메트로 피부과에서 진료를 받는 것에 동의합니다. 이 동의는 진단이나 치료를 위한 의사, 피지션 어시스턴트, 널스 프랙티셔너 또는 의료진에 의한 수술 전 약물 투여, 진단을 위한 검사(들), 필요한 시술을 포함하고 있습니다.

승인 및 양도

(이니셜) 본인은 메트로 피부과 그리고 /또는 나의 의료진들이 나를 대신하여 보험사에 나의 의료 기록을 제공하는 것에 동의합니다. 내가 받은 의료 진료에 대한 지불을 메트로 피부과 에게 양도 하는 것에 동의합니다. 나는 보험회사가 커버하지 않은 차액을 지불해야 하는 것을 알고 있습니다.

메디케어 진료 청구

(이니셜) 메트로 피부과는 메디케어 프로그램에 가입 되어있습니다. 메디케어를 가지고 계신 환자는 한해의 디덕터블과 20%의 코인슈런스에 대한 책임이 있습니다. 두번째의 보험을 가지고 계시면 그 보험으로 20% 코인슈런스에 대한 청구를 할 것입니다. 두번째 보험에서 60 일안에 지불하지 않으면 그 책임은 환자에게 양도 됩니다.

지급보증

(이니셜) ***환자의 책임:** 나는 보험회사에서 커버 되지 않은 금액에 대한 책임이 있음을 알고 있으며, 나는 그럴 경우 30 일안에 지급할 것에 동의. 만약 지불하지 못 할 경우 추가 금액이 발생하며 청구 잔액에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의합니다. 만약 콜렉션 회사나 법률 기관에 포워드 될 경우 모든 법정 비용과 콜렉션 비용을 환자인 내가 부담하는 것에 동의합니다.

***보험 적용자:** 메트로 피부과는 환자를 대신해 보험회사에 진료비를 청구할 것입니다. 환자는 환자의 부담 금액 지불 책임이 있습니다. 환자의 부담 금액은 다음과 같습니다.

코페이/ 디덕터블/ 코인슈런스/ 보험 적용이 되지않는 서비스들이 있습니다.

***보험적용이 되지 않는 서비스들:** 보험회사들은 " 보험적용이 되는지에 대한 결정은 보험 청구가 접수될 때 알 수 있다." 라고 명시하고 있습니다. 메트로 피부과는 환자분의 진료 또는 치료가 보험적용이 되는지를 EOB(explanation of benefits)를 받기전까지는 알 수 없습니다. EOB 를 받은 후 보험회사가 정해준 결정에 따라 환자분에게 보험적용이 되지 않은 서비스에 대해서 청구 할 수 있습니다. 보험적용이 되지 않은 경우는 다음과 같습니다. 1. 의료 적으로 불필요한 경우 2. 이전부터 앓고 있는 질환 3. 미용적인 이유 (코스메틱). 메디케어나 다른 보험회사들이 위의 이유로 보험 청구를 거부할 경우 모든 부담은 환자분에게 있습니다.

***보험회사나 다른 출처에서 메트로 피부과로 크레딧은 환자 또는 환자의 가족이 지불해야 하는 어카운트에 적용될 수 있음을 알려드립니다.**

***조직검사 & 피검사 비용:** 실험실에서 청구하는 금액은 검사 당일에 알 수 없습니다. 실험실은 저희 병원과 아무 관계가 없으며 조직 검사 및 피검사 결과를 알기 위해 하는 모든 테스트에 대한 비용이 환자분께 청구 될 수 있습니다. 보험회사에서 커버되지 않는 부분은 환자분이 부담해야 합니다.

수수료

(이니셜) ***코페이 재 청구 수수료:** 환자분의 코페이는 진료 또는 치료 당일에 지불 하셔야 한다고 명시되어 있습니다. 코페이를 당일에 지불하지 않으시고 빌을 받기 원하시면 \$10.00 의 추가 비용이 더해집니다.

***보험 청구:** 나의 정확한 , 유효한 보험 정보를 보험이 정해 놓은 제출 마감일까지 제공하지 않을 경우에 발생한 청구 잔액에 대한 책임이 있음을 알고 있습니다.

***리턴드 체크:** 발행하신 개인 체크가 어떤 이유로든 리턴드 될 경우 환자분에게 \$25. 00 의 추가비용이 청구됩니다.

***메디컬 레코드 발행 수수료**는 다음과 같습니다.

뉴저지: 메디컬 레코드 한 장 당 75 센트 입니다. 의료 영상 진단 수수료와 우송료를 지불하셔야 합니다.

뉴욕: 첫 장부터 100 장 이내는 한 장 당 \$1 입니다. 101 장이후부터는 25 센트이며 최고 \$200 까지 법적으로 청구할 수 있습니다.

예약 취소 및 노쇼 (NO-SHOW)

(이니셜) 본인은 예약을 지킬 수 없는 경우 최소 24 시간 전에 메트로 피부과에 연락할 것 입니다. 늦은 취소전화 (24 시간 미만) 는 노쇼(NO-SHOW)로 간주되며 \$50.00 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다. 자동 응답기에 메시지를 남기는 것은 허용되지 않습니다. **이 수수료는 보험회사에 청구될 수 없습니다.**

본인은 신용카드번호를 제공하는데 동의하며 이는 노쇼(NOSHOW) 수수료를 지불하는데 사용될 수 있습니다. 나는 제공된 신용 카드로 노쇼(NOSHOW) 수수료의 청구를 피하기 위해 24 시간 전에 예약 취소 및 변경을 해야 한다는 것을 알고 있습니다.

예약 확인 링크에 회답하시거나 718-886-9000 으로 전화하여 예약을 취소하실 수 있습니다. 메트로 피부과는 환자분의 예약을 변경하는데 최선을 다해 도와드릴 것입니다.

약 리필

(이니셜) 환자는 다음 예약까지 복용하시거나 바르실 수 있는 약을 처방 받습니다. 약 종류/ 특성에 따라 한번의 리필을 처방해 드릴 수 있습니다. 병원을 방문 하신 지 6 개월이 넘으시면 리필을 처방해 드릴 수 없습니다.

보험카드

(이니셜) 처음 방문 시나 보험 변경사항이 있을 때마다 보험 카드와 사진이 부착된 신분증을 제시하셔야 합니다. 최근의 불행한 보험 사기사건으로 인해 보험 카드와 사진이 부착된 신분증을 제공하지 않으시면 진료 및 치료가 불가능합니다. 보험 카드와 신분증을 지참하지 않으셨을 경우 새로운 예약을 드립니다.

보험 카드 없이 진료 및 치료를 받으시려면 무보험 환자로 간주되며 그에 따른 진료비 치료비를 당일에 내셔야 합니다.

서명: X _____ 날짜: _____ / _____ / _____

**환자분의 카드 정보는 스트라이프, Stripe, 라는 전문회사에 안전하게 저장됩니다. 저장된 정보는 저희 시스템과 연동해야만 사용 가능하며 마지막 4 자리수만 볼 수 있습니다

날짜: Date _____ / _____ / _____ **MRN:** _____ (병원기재란)

성함: Patient's Name _____

Patient Pre-screening Questionnaire

환자 사전 설문지

(Updated in July 2022)

계속되는 코로나(COVID-19) 팬데믹과 원숭이두창(Monkeypox)의 출현으로 인해, 모든 환자와 보호자분들께서는 진료전에 이 설문지를 작성하여야 합니다. 환자분이 미성년자이거나 또는 거동이 불편하여 도움이 필요하신 경우 어른 1 명의 보호자만 진료실에 동행하실 수 있습니다. 협조해 주셔서 감사합니다.

- 환자 또는 환자가족 중에 원인을 알 수 없는 피부발진이나 피부병변, 발열, 두통, 인후통, 피로감을 경험하신 분이 계십니까? 네 아니요
- 지난 14 일 이내에 코로나 바이러스 확진 판정을 받으신 적이 있습니까? 네 아니요
- 지난 21 일 이내에 원숭이두창 바이러스나 진성바이러스 확진 판정을 받으신 적이 있습니까? 네 아니요
- 지난 21 일 이내에 코로나바이러스 혹은 원숭이두창 바이러스 확진자와 접촉하셨거나 또는 그로 인해 격리중인 사람과 접촉하신 적이 있으십니까? 네 아니요

이 설문지에 서명함으로써, 작성자는 위에 기재된 모든 답변이 사실임을 증명하는 것입니다. 정직하게 답변하지 않거나 의도적으로 정보를 숨기는 경우 병원에서 진료거부를 할 수 있으며 관련 법률에 의해 처벌받을 수도 있습니다.

환자/ 보호자 서명 Patient/ Caregiver Signature **X** _____