



患者氏名： _____ DOB： _____ P# _____

支払い責任についての同意書

セントラル・オハイオ・プライマリ・ケア（COPC：Central Ohio Primary Care Physicians, Inc.）を医療供給者としてご選択いただき誠にありがとうございます。COPCは、すべての患者様に質の高い治療と医療サービスを提供します。COPCで治療を受ける前に、以下に記載するCOPCの会計方針をご確認の上、同意していただく必要があります。

請求された費用の支払いは、治療の一部であるとみなされ、医療サービスが提供される際にはその費用を支払う必要があります。COPCでの支払いには、現金、小切手、クレジットカードおよびCOPCと契約している保険会社による事前承認済みの保険を使用することができます。

ご自分の保険給付について以下を把握していることは、患者様自身の責任となります。

- 患者様の保険会社がCOPCと契約している会社であるか否か
- 給付金の対象範囲および保険証券の免責条項
- 患者様の保険会社の事前承認についての必要事項

COPCは、治療開始前に保険の適用範囲を確認します。患者様は、保険の適用範囲の更新や変更など、最新かつ正確な保険情報をCOPCに提供する責任があります。このような情報を提供しなかった場合、COPCから受ける医療サービスの費用については、患者様自身が支払い責任を負うこととなります。

患者様の保険会社がCOPCと契約を結んでいる場合、COPCはまず、自己負担額および免責額を差し引いた金額を保険会社に請求し、その後、患者様の負担分であると判断された金額を患者様に請求いたします。この処理には、保険会社が請求を受け取ってから通常45～60日程度かかります。

患者様の保険会社がCOPCと契約を結んでいない場合、当院からお帰りの際に、提供されたすべてのサービスに対する費用を患者様ご自身からお支払いいただきます。COPCは、保険会社からの払い戻しの申請に必要な申告書を患者様にお渡しします。

すべての患者様について、保険証と写真付き身分証明書が必要です。COPCは、記録を目的として、身分証明書および保険証の写しの作成をお願いしています。保険証の写しが提供されることによって、保険の適用が有効であること、または供給されるサービスが保険会社からの払い戻し対象となることが保証されるわけではありません。

一部の保険では、ネットワーク外の医療機関での給付に対して共同負担料、高額の自己負担額および年間給付限度額が付随する場合があります。ネットワーク外の保険対象として医療サービスを受けた場合、ネットワーク内費用よりも高い金額を支払う責任が患者様に課せられる場合があります。

私は、上記の会計方針を確認し、私の支払い責任について明確に理解していることを、以下の署名により証明します。提供されたサービスに対する保障および／または支払いを私の保険会社が拒否した場合、私が支払い責任を負い、支払われるべき料金の全額を支払います。

患者／支払い保証人の署名

日付

患者／支払い保証人の氏名（活字体でご記入ください）

患者との関係