

**BILLING CONSENT- PERMISSION TO CALL MOBILE
PHONE**

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp –

Patient Name, Medical Record Number

我们的收费流程
Our Billing Process (Simplified Chinese)

感谢选择斯坦福医疗中心 (Stanford Health Care) 为您提供医疗服务。我们希望确保您了解我们的收费流程。我们遵循以下流程，以确保您的报销申请得到正确且及时的给付。

如果您有保险：

- › 我们将先向您的保险收费。所有免赔额 (deductible)、共同保险额 (co-insurance) 和共付额 (co-pay) 由患者或担保人负责。
- › 如果您有第二保险，那么在向您的主要保险收费之后，如果有任何被认定为患者或担保人承担的免赔额、共同保险额和共付额，我们会向您的第二保险收取。
- › 如果您的第二保险也有免赔额、共同保险额和免赔额，那么在您的第二保险对报销申请进行处理和给付之后，我们将向担保人收取这些费用。
- › 您的保险公司在处理并给付递交给他们的报销申请后，会寄给您一份《保障内容说明书》(Explanation of Benefits, 简称 EOB)。请查阅并留作记录。《说明书》会解释报销申请是如何处理的，以及您是否需要承担、为何需要承担承付。

*如果您对自己保险的承保范围和保障内容有任何问题，或对自己为什么要为报销申请承担责任有任何问题，请联系您的保险公司了解清楚。请注意，某些报销申请的处理时间比其他的费时更久。在某些情况下，如果报销申请没有得到正确给付，我们必须向保险公司提交申诉。

如果您没有保险：

- › 您将收到服务账单。
- › 如果您对账单有任何问题，请在周一至周五早上 9:00 至下午 5:00 拨打 (800) 549-3720，联系我们的客服部。

我们存档的信息，包括您的地址、电话号码和手机号码、人口统计信息和保险信息，须是最新且准确的，这一点非常重要。如果您的信息有任何变更，请告知前台代表，以便我们更新您的相关记录。

收费同意书——允许致电或短信联系本人手机

(Billing Consent – Permission to Call or Text Mobile Phone)

在下方签名即表示您确认：

- 1) 与本同意书相关联的电话号码 (xxx-xxx-xxxxx) 是一个手机号码。
- 2) 与本同意书相关联的手机号码是您本人的；并且
- 3) 在法律要求须有同意书的范围内，您同意斯坦福医疗中心 (Stanford Health Care)、我们的代理、承包商或催款机构可使用自动电话拨号器拨打此手机号码，留下预先录制的留言，而且 (或者) 给该手机号码发短信。
- 4) 您理解，您的手机服务商可能会收取数据流量和短信费用。

同意上述内容并非是您在斯坦福医疗中心接受服务的先决条件。您可以在下方选择“我不同意”，拒绝同意。您也可以随时通知我们，更改您的决定。

您同意，在您希望撤销本同意书，或是在您弃用或更改提供给我们的手机号码时通知我们。为了确保及时处理，请您首选拨打 (800) 549-3720 联系我们客服部的方式来通知我们；不过，您也可以通过其他合理方式撤销同意书，包括邮寄书面通知或通过 MyHealth Billing (收费页面) 发送信息。

- 我同意
 我不同意

姓名正楷书写 (Print Name): _____

签名 (Signature): _____

日期 (Date): _____