

**BILLING CONSENT:
PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE (Korean)**

청구 과정

Stanford Health Care를 의료 서비스 제공자로 선택해 주셔서 감사합니다. 본 병원의 청구 과정을 설명해 드리겠습니다. 귀하의 청구가 정확하고 적시에 지급되도록 하기 위해서 아래의 절차를 따릅니다. 특별히 따로 명시되어 있지 않는 한, “귀하” 또는 “귀하의”는 상기에 명시된 환자 또는 환자의 보호자 또는 보증인을 의미합니다.

보험이 있는 경우:

- › 귀하의 보험에 먼저 청구합니다. 모든 공제액/공동 보험/본인부담금은 환자/보증인의 책임입니다.
- › 2차 보험이 있는 경우, 1차 보험에 환자/보증인 책임으로 간주되는 모든 공제액/공동 보험/본인부담금을 청구한 후 2차 보험에 청구합니다.
- › 귀하의 2차 보험에도 공제액/공동 보험/본인부담금이 있는 경우, 2차 보험으로 청구가 처리되어 지급된 후 환자/보증인에게 나머지 금액이 청구됩니다.
- › 2차 보험이 제출된 청구를 처리/지급될 때 귀하의 보험사로부터 혜택 설명서(EOB) 사본을 받게 됩니다. 검토 후에 기록용으로 보관하십시오. 이는 청구가 처리된 방법 및 귀하에게 책임이 있는지 여부와 그 이유를 설명합니다.

*귀하의 보험 내용 및 혜택에 대한 질문이 있거나 청구에 대한 책임이 있는 이유에 관련 문의하고자 할 경우, 보험사에 문의하시기 바랍니다. 몇몇 청구 사례는 다른 청구 사례보다 처리하는 데 시간이 더 오래 소요된다는 점을 유의하시기 바랍니다. 경우에 따라서 청구금이 제대로 지급되지 않으면 저희가 보험사에 이의를 제기해야 합니다.

보험이 없는 경우:

- › 서비스에 대한 비용이 청구됩니다.
- › 청구와 관련하여 질문이 있는 경우 월요일부터 금요일 오전 9시에서 오후 5시 사이에 (800) 549-3720번으로 고객 서비스 부서에 문의하십시오.

귀하의 주소, 전화번호, 휴대전화 번호, 인적사항 및 보험 정보 등 저희가 가지고 있는 귀하의 정보가 정확한 최신 정보인지 확인해야 합니다. 귀하의 정보에 변경 사항이 있는 경우 접수 데스크 담당자에게 알려주시면 그에 따라 귀하의 기록을 업데이트할 수 있습니다.

청구 동의서 - 휴대전화에 전화 또는 문자를 보낼 승인

아래에 귀하의 이름을 기입하고 서명함으로써 귀하 즉 서명인은 다음을 인정합니다.

- 1) 귀하는 본원의 청구 과정에 대해서 알게 되었습니다.
- 2) 상기에 명시된 환자의 주된 연락처는 휴대전화 번호이며 본인 것입니다.
- 3) 법적으로 해당 동의서의 요구 범위 내에서 본원 Stanford Health Care, Stanford Health Care의 대리인, 계약자 또는 미수금 회수 기관이 자동 전화 발신을 사용하여 이 번호로 귀하에게 전화를 걸고/또는 사전 녹음 및/또는 문자 메시지를 해당 휴대전화 번호에 남겨둘 수 있음에 동의합니다.
- 4) 귀하는 본인의 휴대전화 서비스 제공 통신사의 데이터 및 메시지 요금이 적용될 수 있음을 이해합니다.

Stanford Health Care에서 서비스를 받기 위한 조건으로 반드시 위의 조건에 동의하실 필요는 없습니다. “동의하지 않습니다”를 아래에 선택하는 것으로 동의를 거부하셔도 됩니다. 저희에게 알리는 것으로 언제든지 귀하의 결정을 바꾸실 수 있습니다.

저희에게 제공된 전호번호를 양도하거나 변경할 경우 또는 동의를 철회하기 원하시는 경우 이를 저희에게 알리는 데 동의합니다. 적시에 처리하기 위해 귀하가 저희에게 알리는 가장 좋은 방법은 고객 서비스 부서 (800) 549-3720에 연락하는 것이지만, 서면 통지서의 우편 발송 또는 My Health Billing 메시지 보내기와 같은 다른 타당한 방법을 통해 철회할 수도 있습니다.

- 동의합니다
 동의하지 않습니다

이름(정자체): _____
(Print Name)

서명: _____
(Signature)

날짜: _____
(Date)