**姓名 :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Name Last (**姓**) First (**名**) M.I.

**地址** : Apt. #(**公寓号码**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Street Address (街道地址)

City (**城市**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State(**州**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**邮编**)Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**出生日期:** \_\_\_\_\_**月**\_\_\_\_\_ **日** \_\_\_\_\_\_**年** **工卡号码** : \_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth : MM DD YYYY

**婚姻狀况:** □**单身** □ **已婚** □ **其他 性别:** □ **男** □ **女**Marital Status: Single Married Other Sex: Male Female

**电子邮件**(Email Address)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@

**手机号码:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **电话号码 :** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cellular Phone Home phone

**\*\*If you wish NOT to receive text reminders, please inform Front staff.**

**\*\*若您不愿意收到预约提醒短信请通知前台。**

**紧急联系人名字:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **紧急联系号码:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact Emergency Phone

**转诊医生:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **电话:** ( \_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referring Doctor Phone

Preferred Language语言: □ English □ Español □ 한국어 □ 国语 □ 廣東話 □ 日本語 □ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **您是如何知道我们的?:** How did you hear about us?**□** 医生转诊 **□** 家人/朋友 **□** 保险公司目录**□** 互联网广告 **□** 报纸广告 **□** 电视/电台广告 Doctor Referral Family/Friend Insurance Directory Online Advertisement Paper Advertisement TV/Radio Advertisement |

**常去的药房：**

**药房名字：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **药房电话**(\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您在提交表格给前台时，请把您的所有保险卡提供给我们。

**主保险Primary Insurance 你的保险需要专疹单看专科吗?** Does your insurance require a referral to see the specialist?  **□ Yes(需要) □ No(不需要)**

**保险持有人: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Subscriber’s Name Last (姓) First (名) M.I.

**持有人出生日期:** \_\_\_\_\_\_ **月** \_\_\_\_\_\_ **日** \_\_\_\_\_\_**年** **与病人的关系:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber’s DOB MM DD YYRelationship to Patient

**SIGNATURE签名: X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE日期: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

MRN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NAME(**姓名**) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_Date of Birth(**出生日期**) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HIPAA Privacy Authorization病人隐私指令**

根据“健康保险流通和责任法案”(HIPAA),隐私规则，未经您的允许，我们不会披露您受保护的健康信息(PHI)。请提供除您本人以外任何人的姓名和电话号码，以便与我们讨论下列事项：

1. 留言关于预约，治疗或测试结果。
2. 讨论您的预约和账单问题。

 获授权者个人姓名 (正楷姓名) 电话号码

**Treatment Consent治疗同意**

本人授权同意大都会皮肤诊所进行医疗服务。这会包括由医生，助理医师，执业护士来配药，测验治疗手术等，为诊断测试时所需的医疗服务。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**Authorization & Assignment授权和利益转让**

本人授权大都会皮肤诊所为处理保险索赔,向保险公司披露我的医疗记录和所需的信息，并授权此诊所索取保险公司认可的费用。并且明白本人要对保险公司不承保的任何余额负责。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**Medicare Claims联邦医疗保险(俗称红蓝卡)索赔**

我们是属于联邦医疗保险计划的提供者。根据合约，我们会接受对我们的医疗服务分配的理赔。病人有责任支付每年的免赔额和20%共同保险。在适用的情况下，我们也会向病人的副保险申请索赔。若副保险在60天之内未付款，病人则会收到医疗账单。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**Payment Guarantee保证付款**

**\* Patient Responsibility. 病人的责任**。

本人明白如果有任何项目不属于保险承包责任范围，本人将会负全责。我同意在收到账单通知后30天之内付款，否则会产生额外的附加费通。 这项适用于无论我是否有HMO, PPO, 或者其他健康保险计划。

本人理解如果我有拖欠账务，账单会被代理收账公司管理。代收手续费包括不超过未付余额的30%，必要时不限于代收中介费/收款代理费，律师费，申请费和法院费用等都会加到您的账单。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Contracted Insurers. 签约保险人**。

若我们与您的保险公司有合约，接受您的保险计划，我们为您向保险公司提出索赔。

您的责任支付如下：

 - Co-payments（共付额） - Annual deductibles（年度免赔额）

 - Coinsurances（共同保险） - Non-covered services（不承保的服务）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Non-Covered Services. Insurers routinely state, “The determination of benefit is made at the time of the claim is received.”** **不承保的事项。保险公司通常会说“在收到索赔时即确定利益”**

在我们收到保险公司的EOB（保险理赔的解释说明）之前，我们通常不会知道治疗是否在承保范围内。关于保险不承保的项目，我们会在收到您的EOB之后，寄给您账单。项目可能会被保险公司拒绝承保的因为如下：1）医疗上不必要的 2）前已存在的疾病 3）属于美容的。在红蓝卡计划或健康保险拒绝理赔的情况下，我同意支付全部金额。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Transfer of Credit Balance. 转移Credit余额。**

保险或其他资源退回来的Credit余额能适用在受保人或其家人的账户上。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

MRN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NAME(**姓名**) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_Date of Birth(**出生日期**) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Pathology & Laboratory Charges. 病理和实验室的费用。**

最终的实验室费用是当时无法预料的，且不在本诊所的控制下。临床实验室为了澄清或确认诊断而将进行所有必要的测试，因此会产生附加费用。您将承担保险不包的任何费用。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**Fees 费用**

**\* Co-Pay Rebilling Charge**. **对共付额重新计费的手续费**。

根据与您保险公司的合约，病人必须当天支付共付额。如果您要求寄出其账单而不是当时支付，则会加上$10的手续费。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Insurance Charge**. **保险费** 如果本人在保险索赔提交截止日期之前不提供正确的保险信息给此诊所，该医疗费将会全自负。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Returned Checks**. **退回的支票** 关于退回的支票，您会被收取$25手续费，该支票也会转给代理收账公司实践进一步的查询。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Transfer of Records**. **医疗记录费用**

按地区手续费用如下

**New York纽约**:每一张复印$0.75美金，对医疗诊断图像也有些许的费用，以及邮票费。

**New Jersey新泽西州**:前100张每张$1美金，之后每张$0.25，总额不能超过$200美金。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**\* Appointment Cancellation or ‘No Show’ Policy: 取消预约或失约**

若本人无法前往预约，需至少在24个小时前会通知大都会皮肤诊所，如果没有按时取消（24小时以内取消），会被视为失约， 本人明白“失约”会被收取$ 50 美金费用。本人清楚明白回答留言机器是不会被接受为取消的。**这项罚款不能计入到保险公司。**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

本人同意提供信用卡信息，用于支付$50失约的罚款。本人同意一定要至少在24个小时之内取消或改期，避免被收取失约费用。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

如果收到有网站链接的预约确认短信时，您可以拨打718-886-9000，大都会诊所会根据你的需要帮您改期。

**Medication Refills处方重配**

病人将给予足够药物直到下次就诊。对于六个月前开出去的处方，若需要重配， 病人则需要复诊。某些药物可以开一次性的重配，具体会取决于药物种类。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

**No Insurance Card 医疗保险卡**

您在首次登记或每当需要更改资料，必须出示保险卡以及带有照片的身份证明。皆因最近不幸医疗保险诈骗事件，我们无法服务当天没携带医疗卡及身分证明的病人，若不能出示保险卡和身份证明，需要再预约时间。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(缩写姓名)**

如果没携带着保险卡还要首次看医生，您要自付医疗费用。

**SIGNATURE签名: X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATE日期: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**

*我们会将您的信用卡信息存储在第三方供应商处* ***Stripe。*** *Stripe 将信息存储在单独的安全网站中。这使我们能够在我们的系统里运行信用卡交易。办公室人员无法接触您的信息。系统只会显示您信用卡的最后4位数字。*