Gwinnett Hospital System

지급 보증/ *Guarantee of Payment*

PLACE LABEL HERE

혜택 양도/ *Assignment of Benefits*

청구 처리 승인/ *Authorization to Process Claims*

암 치료 센터/ *Center for Cancer Care*

지급 보증/혜택 양도

본인의 병원 치료 및 서비스에 대한 신용 제공에 대하여, 금번 또는 추후 입원 기간 동안 및 관련 외래 진료에 대해 여하한 보험증권, 해당 보험증권의 교체증권, 자가보험 프로그램, 여하한 자 또는 법인을 상대로 제기된 제3자 소송 또는 기타 복리후생계획 또는 프로그램(이하 "혜택"이라 함)에서 본인에게 현재 지급하거나 향후 지급해야 하는 모든 혜택 및 지급을 Gwinnett Hospital System 및 치료의에게 취소불능 조건으로 양도합니다.

본인은 본 양도가 본인 또는 본인을 대신하여 여하한 자가 지급해야 하는 병원비 및 치료의 비용 일체에 대한 지불 책임을 면책하지 않음을 알고 있고 이를 인정하며, 혜택 계획 또는 프로그램에서 병원 및 치료의에게 직접 변제하지 않는 수수료 및 비용의 지급을 포함하되 이에 한정되지 않는 지불 책임을 수락합니다. 또한 이러한 지불 의무의 집행 과정에서 발생하는 징수비용, 합리적인 변호사 비용 및 소송비용 일체를 지급하는 것에 동의합니다.

청구 처리 승인 및 정보 공개

본인은 본인에게 서비스를 제공한Gwinnett Hospital System, 자유 계약의 및/또는 전문 회사가 Gwinnett Hospital System에서 본인에게 제공한 보장 서비스에 대해 본인을 대신해 보험회사에게 지급을 청구하는 것을 승인합니다. 본인은 청구 비용의 지급 및/또는 이용 심의 및/또는 주 정부 또는 연방법 상의 의무 이행을 위해 관리형 치료 계획(managed care plan) 또는 기타 지불인을 포함한 본인의 보험회사(들), 전 고용주 및/또는 현 고용주(들), Medicare, CHAMPUS/TRICARE, 상기 보험회사(들), 지불인, 관리형 치료 계획 및/또는 고용주(들)을 대리하는 공인 민간 심의 법인 및/또는 이용 심의 법인, Gwinnett Hospital System 및/또는 자유 계약의 및/또는 전문 회사의 청구 대리인 및 징수 대리인 또는 변호사, 고용주의 산재보험회사 및 경우에 따라서 사회보장국, 연방 정부를 대리하는 동료심의기구 및/또는 기타 연방 및 주 정부 기관에 입원 기간 동안 제공되는 의료 서비스 또는 여하한 관련 서비스 또는 청구와 관련해 필요한 정보를 공개하는 것에 동의합니다. 본인의 담당 및/또는 입원 의료 전문가 및/또는 의료 상담 전문가 및/또는 후속 치료를 위해 추천 받게 되는 여하한 의료 전문가에게 건강 기록 자료 및/또는 사본을 공개하는 것에 동의합니다. 또한 본인은 청구 비용의 지급 및/또는 이용 심의, 의학적 치료 제공 및/또는 해당 치료의 평가 및/또는 주 정부 또는 연방법 상의 의무 이행을 위해 본인에게 서비스를 제공하는 Gwinnett Hospital System 및 여하한 의료 서비스 제공자 또는 전문가가 여하한 출처로부터 의료 기록, 검사, 진단, 치료 및 기타 건강 또는 보험 승인 정보를 취득하는 것에 동의합니다. 본 승인서의 사본도 인정됩니다.

MEDICARE 환자 증명서, 정보 공개 승인서 및 지급 요청

본인은 사회보장법 제XVIII조에 따른 지급 신청 시 본인이 제공한 정보의 정확성을 증명합니다. 본인은 본인에 관한 의료 또는 기타 정보 보유자가 본 청구 또는관련 Medicare 청구에 필요한 정보를 사회보장국 또는 사회보장국의 중개자 또는 사업자에게 공개하는 것을 승인합니다. 본인을 대신해 승인된 혜택에 대한 비용을 지급해 줄 것을 요청합니다.

본인은 본 양식에 서명한 날로부터 365일 동안 암치료 센터 이용이 보장된다는 것을 알고 있습니다.

서명: _____ _____ _____

환자/환자 대리인 본인이 아닌 경우 환자와의 관계 날짜

증인: _____

위임 사유: _____