

**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.

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 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 서명함으로써 다음을 인정합니다.

- 1) 해당 동의서에 연관된 전화번호(XXX-XXX-XXXX)는 휴대전화 번호입니다.
- 2) 해당 동의서와 연관된 휴대전화 번호는 본인 것입니다. 그리고
- 3) 법적으로 해당 동의서의 요구 범위 내에서 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)