

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

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp –

Patient Name, Medical Record Number

我們的收費流程**Our Billing Process (Traditional Chinese)**

感謝您選擇斯坦福醫療中心作為您的醫療服務提供者。我們希望確保您瞭解我們的收費流程。為確保正確且及時支付您的理賠，我們採取以下流程。

如果您有保險：

- › 我們將先向您的保險公司提交帳單。所有自付額 (deductible)、共同保險額 (co-insurance) 或共付額 (co-pay) 皆由患者或擔保人負責支付。
- › 如果您有次要保險 (secondary insurance)，我們會在向您的主要保險公司提交帳單後，將任何認定為患者或擔保人需負責的自付額、共同保險額或共付額轉給您的次要保險公司。
- › 如果您的次要保險也有自付額、共同保險額或共付額，我們將在您的次要保險處理並支付理賠後，再寄送帳單給擔保人。
- › 您的保險公司處理或支付他們收到的理賠後，將會寄一份《福利說明書》(Explanation of Benefits, 簡稱 EOB) 給您。請仔細閱讀並保存作為記錄。說明書將解釋理賠已如何處理，還有您是否需要承擔任何責任以及原因。

*如果您對您的承保範圍和福利，或需要承擔某項理賠責任的原因有任何疑問，請聯絡您的保險公司請求說明。請注意，某些理賠處理時間可能較長。在某些情況下，如果理賠沒有正確支付，我們須向保險公司提出申訴。

如果您沒有保險：

- › 我們會向您收取這些服務的費用。
- › 如果您對帳單有任何疑問，請在週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 撥打 (800) 549-3720 與我們的客戶服務部 (Customer Service Department) 聯絡。

請確保準確更新系統中您的個人資訊，包括地址、電話號碼、手機號碼、人口統計資料和保險資訊。如果您的資訊有任何改變，請通知我們的櫃台人員，以便我們及時更新您的記錄。

收費同意書——允許以手機或簡訊聯絡

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

在下方簽名代表您確認：

- 1) 與本同意書相關聯的電話號碼 (xxx-xxx-xxxxx) 是手機號碼。
- 2) 與本同意書相關聯的手機號碼屬於您本人；且
- 3) 您同意斯坦福醫療中心 (Stanford Health Care)、我們的代理人、承包商或催款機構在法律要求須有同意書的範圍內，可以使用自動電話撥號器撥打此手機號碼聯絡您，留下預錄的語音留言和 (或) 透過此手機號碼向您傳送文字簡訊。
- 4) 您瞭解，您的手機服務提供商可能會向您收取通信和簡訊費用。

您無需同意上述內容作為在斯坦福醫療中心接受服務的條件。您可以在下方選擇「我不同意」以拒絕同意。您可以隨時通知我們以更改您的決定。

如果您希望撤銷這項同意，或是如果您不再使用或更改向我們提供的手機號碼，您同意通知我們。為確保及時處理，通知我們的首選方式是來電 (800) 549-3720 聯絡客戶服務部，但是您也可以透過其他合理方式撤銷同意，包括郵寄書面通知或透過 MyHealth Billing (收費) 頁面傳送簡訊。

- 我同意
 我不同意

正楷姓名 (Print Name): _____

簽名 (Signature): _____

日期 (Date): _____