



Consent for Care and Treatment 診療・治療同意書

I, the undersigned, hereby agree and give my consent for City Physical Therapy, P.C. to furnish medical care and treatment to _____ considered necessary and proper in diagnosing and/or treating his/her physical and mental condition.

私、署名者は、シティー・フィジカル・セラピー専門家法人が_____に対し、彼/彼女の身体的、精神的疾病を診断あるいは治療するために必要で適切と思われる医療と治療を与えることに同意します。

Patient/Guardian Signature 患者/保護者署名: _____

Date 日付: _____

Benefit Assignment and Release of Information 給付金と情報の譲渡

I, hereby assign all medical benefits to include major medical benefits to which I am entitled, including Medicare, Medicaid, private insurance and third party payers to City Physical Therapy, P.C. A photocopy of this assignment is to be as valid as the original. I, hereby authorize said assignee to release all information necessary including Medical Records, to secure payment.

私は、これによってメディケア、メディケイド、民営保険や第三者支払人など、私に与えられるすべての医療給付金をシティー・フィジカル・セラピー専門家法人に譲渡します。わたしは、支払いを確保するために、前述の譲渡人に医療記録など必要なすべての情報を譲渡することを許可します。

Patient/Guardian Signature 患者/保護者署名: _____

Date 日付: _____

Privacy Practices プライバシー慣行

I understand that City Physical Therapy, P.C. will use protected health information (PHI) for the purpose of treatment, payment, and health care operations. I have been presented with the City Physical Therapy, P.C. Notice of Privacy Practices.

私は、シティー・フィジカル・セラピー専門家法人が、治療、支払い、健康管理を実施するために保護された健康情報(PHI)を使用することを承知しています。シティー・フィジカル・セラピー専門家法人は、私にプライバシー慣行の告知を提示しました。

Patient/Guardian Signature 患者/保護者署名: _____

Date 日付: _____

Financial Policy Statement 財務方針明細

City Physical Therapy will bill your insurance carrier solely as a courtesy to you. You are responsible for the entire bill when the services are rendered. We require that arrangements for payment of your estimated share be made today. If your insurance company does not remit payment within 60 days, the balance will be due in full from you. In the event that your insurance company requests a refund of payments made, you will be responsible for the amount of money refunded to your insurance company. In the event your company establishes an internal usual and customary fee schedule, you will be responsible for the difference remaining.

If any payment is made directly to you for services billed by us, you recognize an obligation to promptly remit same to City Physical Therapy, P.C.

If you pay by check and your check does not clear, you will be charged an additional "Bounced Check Fee" of \$50 in addition to any bank charges that we incur. I understand and agree that if I fail to make any of the payments for which I am responsible in a timely manner, I will be responsible for all costs collecting monies owed, including court costs, collection agency fees and attorney fees.

シティー・フィジカル・セラピーは、あなたに代わって保険会社に請求書を送りますが、サービスが提供された後に全額を支払う義務はあなたにあります。あなたの自己負担分見積り額は、本日お支払いいただきますようお願いいたします。あなたの保険会社が 60 日以内に請求金額を支払わなかった場合は、あなたが残金を一括払いすることになりますのでご了承ください。また、保険会社が何らかの理由で支払い金額の返金を要請する場合、保険会社へ返金された金額は、あなたにお支払いいただきます。さらに、あなたの保険会社が一般的、慣習的な料金体系を確立している場合は、あなたに、差額残金の支払いをお願いいたします。

私たちがあなたの保険会社に送った請求分に対し、あなたが保険会社から直接支払いを受けた場合、あなたは、すみやかにその支払いをシティー・フィジカル・セラピー専門家法人に支払う義務があることをご認識ください。

チェックでお支払いいただき、そのチェックが不払いになった場合は、銀行が課す手数料に合わせて、“チェック不払い費”として 50 ドルを追加請求させていただきます。

I understand and agree that if I fail to make any of the payments for which I am responsible in a timely manner, I will be responsible for all costs collecting monies owed, including court costs, collection agency fees and attorney fees.

私は、私の責任である支払いをすみやかにに行わなかった場合、訴訟費用、取立代理会社費用や弁護士料など、支払額集金にかかる費用に対しても責任があることを理解し同意します。

Estimated Insurance Benefits 保険給付見積もり:

Estimated Patient Payment 患者負担分見積り:

Deductible 控除免責金額: _____

Copay/Coinsurance 患者負担金/共同保険: _____

Arrangements made for payment of patient's share 患者負担分支払い方法取り決め:

Patient/Guardian Signature 患者/保護者署名: _____

Date 日付: _____