

환자 개인 정보 제공 동의 및 혜택 지급에 대한 지정

본인은 아래의 내용에 동의하며 이에 서명합니다.

- 1** 본인은 메디케어(사회보장법 18조) 및/또는 기타 메디케어 보험금 지급 신청을 위해 제공하는 정보가 정확함을 증명합니다.
- 2** 본인은 보험금 지급 신청을 위해 필요한 진단 정보를 비롯한 의료정보를 Byram Healthcare에 제공하기로 동의하며 해당 청구에 대해 Byram Healthcare에 지급되는 것을 승인합니다. 본인은 Byram Healthcare에서 메디케어 및/또는 기타 의료 보험사에 청구하는 것을 승인합니다.
- 3** 본인은 Byram Healthcare에서 제공하는 진료/소모품에 대한 비용 중 보험에서 보장하지 않는 잔액에 대한 책임이 있음에 동의합니다. 이는 공제 금액, 공동 보험 및 비 보장 내역이 포함되나 이에만 국한되지 않습니다. 본인은 사본이 원본과 같은 흔적이 있음을 증명합니다.

환자명(정자체): _____

환자 서명: _____ 날짜: _____

환자 계정 번호: _____

연락 전화번호: _____

환자 본인이 아닌 경우 다음 사항을 기재해 주시기 바랍니다:

환자와의 관계: _____

환자가 직접 서명할 수 없는 사유: _____

주소: _____

시/주/우편번호: _____ 전화번호: _____

위의 양식은 귀하를 대신하여 청구하는 데 사용됩니다. 양식을 작성하시어 다음의 주소로
 회신하시기 바랍니다.

주소: Byram Healthcare
 3010 Woodcreek Dr, Suite A
 Downers Grove, IL 60515

팩스: 1-866-232-9726

이메일: reimburse@byramhealthcare.com

* 주의: 팩스나 이메일을 통해 발송하실 때, 반드시 직접 서명하시고 날짜를 기입하시기 바랍니다.
 메디케어에서는 전자 서명을 무효한 것으로 간주합니다.