



保險福利轉讓同意書

了解您的保險福利是您的責任。

若您不確定某項服務或治療是否在保險涵蓋範圍內，請聯絡您的保險公司確認。

若您的保險公司顯示您需支付部分自付額（copayment）和／或自負額（deductible），本診所將在您報到時收取該費用。若仍有未清餘額，您將收到我們的帳單。

保險公司免責聲明：

保險福利報價及／或預先授權，不構成付款或資格核實的保證。實際給付將以保險會員合約於服務時所適用之條款、條件、限制與排除為準。

保險公司付款責任：

您的健康保險公司僅支付其認定為「合理且必要」的醫療服務。

本診所將盡力在進行所有服務及程序前，取得保險公司之預先授權。

若您的保險公司認定某項服務不屬於「合理且必要」，或該服務不在您的保險計劃涵蓋範圍內，該服務的費用將由您自付，保險公司將不予支付。您需對保險公司未支付的所有費用負責。

病患同意條款：

本人_____明白我的健康保險公司可能會拒絕支付費用。若發生此情況，本人同意親自負責並全額支付該筆費用。本人亦明白，即使保險公司支付部分費用，本人仍需負責支付相關的自付額、扣除額或共同保險費用。

以下簽名表示本人已閱讀上述資訊，並已討論所有問題。簽名同時表示本人理解並同意上述政策。

本文件之影印本具有與正本相同之法律效力。如有需要，可向我們索取此文件副本。

病人姓名: _____ 日期: _____

病人簽名: _____