



## 治療同意書

病人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

本人特此（或下方簽署人代表病人自願）同意由 **Astrana Care** 的醫師及/或工作人員提供必要的醫療照護，包含作為門診病人所需的常規診斷程序與治療。所有治療的期間與過程將會通知本人，且本人可於任何時間結束治療。

本人同意授權 **Astrana Care** 向我的保險公司或其代理人提供任何必要的醫療資訊，以作為申請賠付之用。如需提供 HIV 檢測結果、精神疾病治療或藥物/酒精濫用治療的資訊，則需另行簽署專門的授權書。

**保險福利轉讓：** 本人特此將所有醫療和/或手術、保險及其他健康計劃的福利轉讓給 **Astrana Care**。本轉讓的影本視同正本具有效力

本人了解，除非 **Astrana Care** 與我的保險公司之間有特殊協議所豁免的費用外，我對所有未由保險支付的費用與自付額負有財務責任。若我的帳戶轉交律師或催收機構處理，本人同意支付所有因此產生的法律費用及催收成本。所有逾期帳款將按加州法律允許的最高利率計息。

**聲明：** 本人證明已閱讀或已被他人代為閱讀上述內容，並已收到一份副本作為存檔。作為病人、監護人、保護人或授權代理人，本人同意遵守上述條款。

若非病人本人簽署，請註明與病人的關係: \_\_\_\_\_

病人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

見證人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_