

직원에게 비용 명세서 번역본에 대해 문의하십시오

메디케어가 적용되지 않는 환자

정보 수집 양식

Affix Patient Label

귀하는 메디케어가 적용되지 않는 환자로 분류되었습니다. 그러므로 호주의 무상 의료에 해당되지 않습니다. 귀하는 치료와 관련된 모든 비용을 지불하도록 요구 받을 것입니다. 만일 사립 건강 보험이나 여행 보험 혹은 다른 보험을 갖고 계시면 비용의 일부를 청구할 수 있습니다. 귀하의 보험 회사와 이런 사항에 대해 확인하실 것을 권장합니다.

비용에 대한 인정

이 문서에 서명함으로써, 본인, _____는/은, 메디케어에 해당 자격이 없다는 통보를 받았다는 것과 Metro North Hospital and Health Service 에서 받은 본인의 치료와 관련하여 모든 비용에 대한 책임을 받아들인다는 것을 확인합니다. 이 진술문을 작성하면서, 본인은 이 문서에 있는 정보를 읽었고 이해하였음을 인정합니다.

본인은 다음 사항을 이해합니다.

- 본인은 Metro North Hospital and Health Service가 2 페이지에 따른 요금 추정 금액을 제가 제공한 신용카드 내역을 이용하여 공제하는 것을 허락합니다.
- 2 페이지에 따른 요금 추정 금액은 치료 받는 중에 부과된 대략의 금액이고 실제 금액과는 다를 수 있으며 추가금이 부과될 수도 있습니다.
- 만일 본인이 사립 환자 치료를 선택했다면 사립 전문의의 재량에 따라 추가비용이 부과될 수 있으며 본인은 그 전문의와 추가 비용에 대한 것을 확정 지어야 합니다.
- 이 비용 정보에는 수술 혹은 마취인 경우 개인 방문 진료 담당자 (Visiting Medical Officer) 비용이 포함되지 않습니다. 왜냐하면 개인 방문 진료 비용은 입원 시설과는 별도로 외부에서 부과되기 때문입니다. 본인은 개인 방문 진료 비용을 별도로 청구 받게 될 것입니다.
- 요금 추정 금액 초과 비용을 포함하여 치료 전에 지불하지 않은 모든 치료 관련 비용은 본인에게 청구될 것이며 청구 날짜로부터 30일 이내에 지불되어야만 합니다. 만일 본인이 이 기간 중에 지불하지 못하면 미불 금액은 Metro North Hospital and Health Service에 지불해야 될 빚이 될 것입니다. Metro North Hospital and Health Service는 이 빚을 본인에게서 직접 지불 받거나 혹은 채무징수 대행업체를 통해 지불 받을 권리가 있습니다.
- 치료 전에 있는 진단 촬영 및 병리검사와 의약품 비용은 특별히 추정하는데 어려움이 있으며 그런 서비스가 요구된 경우에 실제 치료비는 제공된 추정 금액을 초과할 수 있습니다. 만일 본인의 입원 그리고/혹은 치료 기간 동안에 진단 촬영 및 병리검사와 의약품이 요구되는 절차가 있을 시에는 다른 외래 진료비 명목으로 본인의 신용카드에서 최대 1,000불까지 추가로 공제하는 것을 미리 허락합니다. 본인은 실제 초래된 진료비가 이 최대 금액 내에서만 부과 된다는 것을 이해합니다. 본인은 1,000불을 초과하는 다른 외래 진료비는 별도로 청구 받게 될 것입니다.
- 만일 Metro North Hospital and Health Service가 본인을 대신하여 직접 본인의 사립 건강 보험 회사 혹은 그와 다른 보험 회사와 연락을 취하는 것에 동의하면, 본인은 Metro North Hospital and Health Service가 병원 케이스믹스 규약정보 (Hospital Casemix Protocol) 및 병력을 포함하여 본인에 관해 요구될 수도 있는 모든 개인 신상 및 의료 정보를 보험회사나 개인 건강 보험회사에 제공하는 것을 허락합니다.
- 본인은 호주에서의 무상 의료 혜택 대상 자격이 되는 지 여부를 점검 받는데 필요한 추가 정보 (예, 여권, 비자 혹은 다른 신상 증명서)를 제공하도록 요청 받을 수도 있습니다. 본인은 Metro North Hospital and Health Service가 진료 서비스를 받을 자격 요건을 검진할 목적으로 제공한 본인의 개인 정보를 사용하는 것에 동의합니다. 이 정보 사용에는 본인의 비자 상태 확인이 요구되는 절차에 있어서 본인의 모든 개인 정보를 이민국경보호부에 제출하는 것을 포함할 수도 있습니다.
- 거짓 정보나 오도하는 정보를 제공하는 것은 부정행위로 간주될 것이며 적절한 기관에 보고하기 위하여 조치가 취해질 수도 있습니다.

환자/ 부모/ 대리인 (동그라미로 표시하십시오)

증인 직원

성명 (정자)

성명 (정자)

서명

서명

날짜

날짜