

Patient Agreement

I understand that...

1. If I change my insurance plan, *I am responsible* for informing the clinic. If my insurance plan is deemed ineligible, *I am responsible* for the full amount of the service rendered.
2. I am responsible for providing payments on the day of service to cover my co-payment and/or deductible for the visit. If overpayments occur, we promise to return your fees. Prices may be subject to adjustments based on annual insurance fee schedules.
3. If check payment is returned for lack of sufficient funds, a stop payment, or any other reason, a returned check charge of **\$35** will be assessed.
4. Patient responsibility that is quoted on date of service is a best *estimate* and *not* a guaranteed amount. I agree to pay the difference between the estimate and the actual patient responsibility which will be on the Explanation of Benefits.

환자동의서

1. 본인은, 보험이 변경 될 경우 병원측에 보험 정보를 제공해야 하는 의무가 있음에 동의합니다. 만약, 변경된 보험 정보를 제공하지 않아서 보험 혜택이 적용될 수 없을 경우, 제공된 서비스 비용을 전부 본인이 지불할 것에 동의합니다.
2. 본인은 병원 방문일에 발생한 Deductible 및 Co-payment 를 진료 당일에 모두 지급할 것에 동의합니다. 진료비용은 연간보험료 Schedule 에 따라 변경될 수 있습니다. 만약 환자분께 청구한 비용이 초과발생 되었을 경우, 저희 병원에서는 보험내역서가 온 후에 초과발생분 만큼 되돌려 드리겠습니다
3. 만약 지급하신 Check 가 잔고부족, 지급정지 혹은 기타의 이유로 반송될 경우(Bounce 발생), Check 반송비용 **\$35** 이 추가 발생될 것에 동의합니다.
4. 본인은 진료당일에 오피스에서 예상한 진료비용임을 이해하였으며, 보험청구서 내역을 받고 난 후, 차액이 있을 경우 지불할 것을 동의합니다.

Patient's Name

Signature

Date