



THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Thông tin cá nhân (xin ghi rõ)

Tên: _____ SSN# _____ DOB _____ Tuổi _____ M _____ F _____

Họ _____ Tên _____ Tên lót _____

Địa chỉ: _____

Tên đường _____ Thành phố _____ Bang _____ Zip _____

Phone: Nhà: _____ Công việc: _____ Cầm tay: _____

Có được không nếu chúng tôi nhắn tin? Yes ___ No ___ Email: _____

Tình trạng hôn nhân (chọn một): Độc thân _____ Kết hôn _____ Quá phụ _____ Li dị _____

Công việc: _____ Chủ: _____ Địa chỉ: _____

Bác sĩ giới thiệu: Tên: _____ Điện thoại: _____

Họ _____ Tên _____

Bác sĩ gia đình: Tên: _____ Điện thoại: _____

Họ _____ Tên _____

Bảo hiểm chính _____ Bảo hiểm phụ _____ Bảo hiểm mắt _____

Tên bảo hiểm: _____

Số ID BH hoặc SSN: _____

Số group bảo hiểm: _____

TÊN NHÀ THUỐC: _____ Địa chỉ _____ Thành phố _____ ZIP _____

Người thân: Tên _____ SSN _____ DOB _____ Quan hệ _____

Họ _____ Tên _____

Các điều khoản về hóa đơn thanh toán

Hóa đơn phải được thanh toán sau khi đã sử dụng xong dịch vụ, bao gồm co-pay của bảo hiểm. Xin hãy chú ý rằng chúng tôi sẽ thanh toán với công ty bảo hiểm của bạn thay cho bạn. Nếu vì bất kì lí do gì mà bảo hiểm không trả tiền hoặc trả muộn cho phí khám bệnh quá 60 ngày, số tiền đó sẽ trở thành trách nhiệm của bệnh nhân. Chúng tôi sẽ làm việc với bạn để lấy cho bạn những lợi ích y tế từ bảo hiểm, nhưng người khám hoặc/và người thân sẽ phải trả tiền cho văn phòng chúng tôi. Nếu tiền phí không được trả quá 90 ngày, chúng tôi sẽ thu thêm phí trễ hạn.

Tôi đã đọc và hiểu mọi điều khoản của Shiloh Eye Care. Tôi đồng ý cho hồ sơ bệnh án hoặc những thông tin khác của tôi được sử dụng để làm claim từ bảo hiểm. Tôi cũng yêu cầu được lợi ích từ chính phủ cho bản thân tôi hoặc bên chấp nhận chuyển nhượng. Tôi cho phép công ty bảo hiểm trả các hóa đơn của tôi trực tiếp tới văn phòng Shiloh Eye Care và BS Thảo T. Thạch.

Phương thức thanh toán Tiền mặt _____ Mastercard _____ Visa*******CHÚNG TÔI KHÔNG NHẬN CHECKS*******

Chữ kí: _____ Ngày: _____