

保険・医療制度説明書及び支払い方針

ジャパニーズメディカルケア及び付属のプロバイダーをご利用いただきまして誠にありがとうございます。複雑な保険会社の契約・給付内容と保険契約者様の患者様としての責任内容をご理解いただく為に当院の会計支払いに関する方針を説明いたします。患者様の保険契約は、患者様と保険会社もしくは患者様の雇用主の間の契約になります。患者様には保険契約者として保険会社との間の特別な規定・契約内容（指示書、事前保障、事前承認等の必要性、外来患者治療費の限度額、その他必要な治療範囲・検査・病院への紹介を含む）を認識、理解する責任があります。また患者様は deductible（免責額）、copayment、coinsurance を知る必要があります（下記に詳細明記）。万が一ご自身の保険の契約・給付内容が不確かの場合はご契約の保険会社に問い合わせ、もしくは雇用者の保険担当者に詳細をお問い合わせください。

あなたが持っている保険	あなたの責任・義務は	当院では
アメリカの民営保険、大学等で入られている保険	<ul style="list-style-type: none"> ■ プロバイダーがあなたの加入されている保険会社に参加していない場合、保険会社が支払わない差額 100%を当院に支払う義務があります。 ■ プロバイダーがあなたの加入している保険会社に参加している場合、指示書・承認を入手する事、免責額、COPAY、他のあなたの治療費明細書で示されている患者負担額の支払いを当院にする義務があります。 ■ プロバイダーが治療に必要として検査機関に依頼した検査で、患者負担もしくは保険対象外となった費用を検査機関に支払う義務があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診察の際、免責額、CO-PAY もしくはあなたの保険プランで支払われない医療費を回収します。 ■ あなたの代理として保険会社に医療費を請求します。 ■ プロバイダーがあなたの保険に参加している場合で、あなたの保険プランでは支払われない医療費をお知らせします。
日本で発行される海外旅行者用保険	<ul style="list-style-type: none"> ■ あなたの保険がクレジットカード付随の保険の場合、事前にカード会社に連絡して、承認レターを入手する義務があります。 ■ 有効な保険証書の提出、またパスポートの顔写真、最新の日本出国印のスタンプの提出を要する保険の場合、当院に保険証書と共にパスポートも提出する必要があります。 ■ 各保険会社専用のクレーム用紙を記入する必要があります。 ■ 保険請求先がアメリカ国外の場合、あなたには医療サービス全額をプロバイダーに支払う必要があります。 ■ 既往症もしくは保険対象外となった治療費全額をプロバイダーに支払う義務があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ あなたの代理として、アメリカ国内にある保険会社請求先・クレーム担当先にあなたの医療サービス費を請求します。
メディケア	<ul style="list-style-type: none"> ■ 年間の免責額が達成していない場合、免責額の支払い・その他メディケアでは支払われない医療サービスを支払う義務があります。 ■ 第二保険をお持ちでない場合、後日、当院より Coinsurance の請求書を送付するので、あなたにはそれを支払う義務があります。 ■ プロバイダーが治療に必要として検査機関に依頼した検査で、患者負担もしくは保険対象外となった費用を検査機関に支払う義務があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ メディケア、または第二保険もお持ちの場合、当院より直接保険会社に請求します。 ■ 支払われない可能性がある判断した医療サービスを行う際は、診察前に ABN（メディケア専用支払い同意書）に署名をしていただきます。
労災保険・自動車事故保険	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診察前に承認ケース番号、事故日、保険会社名、請求先住所、担当者名、担当者電話番号を当院に提出する義務があります。 ■ 万が一、事前承認・保障が必要な医療サービスのある場合、保険会社に事前に承認を得る必要があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事前に保険会社にあなたのケースの事故日、ケース番号、雇用者、指示書手続き等の承認・確認を致します。 ■ あなたの代理として保険会社に医療費の請求をします。
国民保険・社会保険	<ul style="list-style-type: none"> ■ プロバイダーの医療サービス費用の全額を支払う義務があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者様ご自身が国民保険・社会保険を日本で請求するにあたり必要な診断書・治療費明細書を一枚\$20にて作成します。
保険なし	<ul style="list-style-type: none"> ■ プロバイダーの医療サービス費用の全額を支払う義務があります。 	

【重要】

- 事前に保険会社が与える支払い給付の情報・治療内容の承認は、支払いをするという確約の保障ではありません。
- 全ての保険の医療費・検査費用の支払いの有無は、保険会社が請求書を受領・処理をするまで保障はありません。自己負担額が発生する場合があります。
- 当院では現金、個人用小切手、銀行小切手、トラベラーズ・チェック、郵便小切手又は有効なクレジットカードをご利用になれます。お支払い期日は診察・検査が完了時、もしくは当院の請求書を受け取った時です。個人用小切手が却下された場合、当院の銀行から発生する手数料が加算されます。

【未成年の患者】

患者が未成年の場合、親権者もしくは法的な保護者は診察の度に患者に付き添う義務があります。その付添人が支払い責任者で無い場合は、支払い保証人の署名を当院の支払い同意書にて事前提出する必要があります。

【Blue Cross and Blue Shield, United Healthcare and Oxford の保険をお持ちの方へ】

Japanese Medical Care は Blue Cross and Blue Shield 及び United Healthcare and Oxford の保険には加入していません。本来、患者様ご自身で医療費を替えてから保険会社にご自身でご請求して頂くはずですが、当院ではサービスとして患者様の代わりに保険会社に請求書を提出させて頂いています。残念ながら当院から保険請求書を提出しているにもかかわらず、殆どの場合において医療費の支払い小切手や EOB（支払い明細書）を保険会社から受け取ることができません。代わりに患者様が支払い小切手と EOB を保険会社から受け取ります。

私どもは、患者様が保険会社から受け取った支払いや EOB を頂戴し、請求させていただいた治療費に関しての支払いの払い戻しを受け取る権利がございます。患者様にとっての更なる負担額を防ぐためにも、受け取られた支払い小切手や EOB（支払額が \$0 であったとしても）を必ず Japanese Medical Care にお持ちください。

【保険用語】

Deductible（免責額）とは、患者様の定められた年間の医療費自己負担額です。これらを満たさない限り、保険会社からの支払いを受ける事はできません。

Coinsurance とは、保険会社と患者様の間に定められた患者様の自己負担額割合。

Copay とは、診察の度に、患者様が医療機関に支払う定額料金。

Laboratory Services とは、ドクターが検査機関に治療プランの為に必要として依頼する検査です。その検査費用は検査機関からあなたの保険会社に直接請求します。

Japanese Medical Care, PLLC

315 Madison Ave, Fl 17 New York, NY 10017
 Phone: 212-365-5066 Fax: 212-808-5510

3010 Westchester Ave, Ste 206 Purchase, NY 10577
 Phone: 914-305-8630 Fax: 914-701-0010

Patient Payment Policy

Thank you for choosing Japanese Medical Care, PLLC; Eun H Sheen MD PC; Orthopedic Movement PT, PLLC; Megumi Omonishi, PhD, Psychologist, PLLC; Asako Miyashita, CDN; and/or Serendipitous Acupuncture, PLLC.

In order to help you better understand the complex nature of healthcare insurance policies and your responsibility as a patient, we have outlined our practice's payment policy.

Your health insurance policy is a contract between you and your health insurance company or your employer. It is your responsibility to know if your insurance has specific rules or regulations, including the need for referrals, pre-certifications, pre-authorizations, limits on outpatient charges, and any requirements for specific physicians, labs and/or hospitals to use. You should also be aware of any deductibles, copayments, and/or coinsurances.

If you are not sure about your current health insurance policy benefits you should contact your insurance company or employer for details.

If you have...	You are responsible for...	We will...
Commercial Fee-for-Service Insurance Plans	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paying 100% of the provider's full charges, if the provider is not participating. ■ Obtaining a referral authorization, paying your deductible, copays and any other financial obligation stated in your plan, if the provider is participating. ■ Paying any and all balances of third-party providers, including specialist, imaging and laboratory services that our providers may order as medically necessary. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ At the time of your check-in, collect deductible, co-pay and any services not covered by your plan. ■ Submit an insurance claim to your insurance carrier on your behalf. ■ Inform you of any services not covered by your plan, if the provider is participating.
Overseas Travel Accident Insurance (OTAI) Plans	<ul style="list-style-type: none"> ■ Calling your carrier ahead of time to obtain a verification letter if your policy is "cashless". ■ Presenting our staff with a valid policy and in some cases your passport with a valid re-entry stamp. ■ Filling out the required claim form. ■ Paying 100% of the provider's charges if the claims address is located outside the U.S. ■ Paying 100% of the provider's charges if the condition or service is not covered. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Submit the OTAI claim on your behalf, provided the claims address is located in the U.S.
Medicare	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paying your deductible if it is not yet met for the calendar year and any services not covered by Medicare. ■ If you do not have secondary coverage, you will also be billed for coinsurance. ■ Paying any balance including patient responsibility or/and non-covered service of laboratory services which providers may order as medically necessary. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Submit the Medicare claim and any claims to your secondary insurance. ■ For services that may not be covered by Medicare require you to sign a Medicare ABN or Waiver.
Worker's/Workman's Compensation or No Fault (U.S. and Japan)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Providing our staff with a valid case number, accident date, insurance name and address, adjuster name and phone number. ■ Providing authorization for the service, if needed. Providing an executed Assignment of Benefits form for your No Fault carrier. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Call your carrier ahead of time to verify the accident date, claim number, primary care physician, employer information, and referral procedures. ■ Submit an insurance claim to your insurance carrier on your behalf.
Japanese Universal Health Insurance Plan	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paying 100% of the provider's charges. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fill out the required Japanese claim forms (\$20.00 fee per claim) that you will need to obtain and submit yourself to the appropriate agency in Japan.
Uninsured	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paying 100% of the provider's charges. 	

【Note】

- Verification of your plan coverage prior to visit is not a guarantee of payment from your insurance carrier.
- Your carrier processes payment after receiving claims for the medical and diagnostic services rendered. Payment may be partial or denied and patient responsibility may arise.
- We accept payment in the form of cash, personal check, cashier's check, traveler's check, money order, or credit card. Payment is due and payable at the time services are provided or upon receipt of a statement from our billing office. Returned checks are subject to the bank fee incurred.

【Minors】

A minor must be accompanied by the parent or legal guardian at all times. If the person accompanying a minor is not the financially responsible party, the Financial Agreements must be signed in advance by the responsible person.



FINANCIAL AGREEMENTS

Patient Name east First MI

1. Release of Information

I hereby authorize and direct Japanese Medical Care, PLLC and/or any provider or organization rendering medical services at the offices located below to release to governmental agencies, insurance carriers, or others who are, or may be, financially responsible for my medical care, all information needed to substantiate payment for my medical care and to permit representatives thereof to examine and make copies of all records relating to my care and treatment.

Date _____ Signature _____
Patient or Responsible Person

2. Assignment of Benefits

I hereby assign to Japanese Medical Care, PLLC and/or any provider or organization rendering medical services at the offices located below and all benefits, including benefit payment, to which I may be entitled from any governmental agency, insurance carrier, or others who are financially responsible for the medical care rendered to me or my dependent at said offices

Date _____ Signature _____
Patient or Responsible Person

3. Blue Cross and Blue Shield, United Healthcare and Oxford Subscribers

I have been advised that my provider(s) is/are not participating with the above insurance and therefore I will be fully responsible for the cost of services. A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf. If my insurance carrier sends payment to me for the service, I will immediately remit the payment and explanation of benefits to Japanese Medical Care, PLLC.

Date _____ Signature _____
Patient or Responsible Person

4. Financial Agreement and Guarantee

For services rendered or to be rendered, the undersigned agrees to pay to Japanese Medical Care, PLLC and/or any provider or organization rendering medical services the full amount of bills not paid by my insurance plan. I understand that all such bills are due and payable at the time services are provided or upon receipt of a statement from our billing office. Payment may be demanded at any time from either the undersigned and failure to demand payment of the patient shall be a prerequisite to the guarantor's immediate responsibility for payment.

I have read this agreement and fully understand it's nature and significance. I have retained a copy of this agreement and a copy of Japanese Medical Care, PLLC's Payment Policy.

Date _____ Signature _____
Patient or Responsible Party
(Parent if a Minor)