

# Brown Fertility, LLC

保密患者资料表 – 请务必 完整填写 以确保得到正确的理赔处理。

社保号码 \_\_\_\_\_ 病人姓名 \_\_\_\_\_  
(姓) (名) (中间名首字母)

出生日期 \_\_\_\_\_ 住址 \_\_\_\_\_  
(街道#) (城市) (州) (邮编)

住宅电话#: \_\_\_\_\_ 工作电话#: \_\_\_\_\_ 病人手机号 # \_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 病人电子邮件地址 \_\_\_\_\_ 婚姻状况 \_\_\_\_\_  
(单身S、已婚M、离婚D、鳏寡W、依法分居Sep)

就业状况 - \_\_\_\_\_ 学生 \_\_\_\_\_  
(全职FT、兼职PT、退休RET、未知N/A) (全职 FT、 兼职PT)

转诊医师 \_\_\_\_\_ 初级保健医师 \_\_\_\_\_

您希望别人如何称呼自己? \_\_\_\_\_

配偶姓名: \_\_\_\_\_ 电话# \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

紧急联系人, 不与您共同居住者 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(全名) (电话)

药房名称, 电话#, 传真#及地址 \_\_\_\_\_

**主要保险:** \_\_\_\_\_ 订购者 (受保人) 姓名 \_\_\_\_\_

订购者: 出生日期 \_\_\_\_\_ 社保号码 # \_\_\_\_\_ 雇主 \_\_\_\_\_

ID号码# \_\_\_\_\_ 群组名称和编号# \_\_\_\_\_ 患者与受保人的关系 \_\_\_\_\_  
(本人, 配偶, 子女)

保险地址 \_\_\_\_\_  
(城市) (州) (邮编)

**次要保险:** \_\_\_\_\_ 订购者 (受保人) 姓名 \_\_\_\_\_

订购者: 出生日期 \_\_\_\_\_ 社保号码 # \_\_\_\_\_ 雇主 \_\_\_\_\_

ID号码# \_\_\_\_\_ 群组名称和编号# \_\_\_\_\_ 患者与受保人的关系 \_\_\_\_\_  
(本人, 配偶, 子女)

保险地址 \_\_\_\_\_  
(城市) (州) (邮编)

## 患者的转诊信息:

转诊自: \_\_\_\_\_ 如果是由朋友转诊, 我们是否需要向其致谢? 是/ 否

我以此表示我了解下列内容。我对 Brown Fertility, LLC为我提供的服务所产生的费用担负直接和主要的付款责任。我明白如果我的保险公司无法支付费用, 或在向Brown Fertility, LLC付款时出现任何延迟, 我有责任直接偿付我的医疗费用。此外, 我明白并同意, 如果我无法及时向Brown Fertility, LLC付款, 我将负责任何及所有合理的收款开支, 包括起诉费用以及合理的律师费。

对于所提供的服务, 我授权发布任何医疗或其他必要的信息, 以便我的承保方处理我的索赔请求。这可能包括在我的检查或治疗过程中的诊断和记录。我同时要求将政府福利支付给我本人或接受委托的一方 (Brown Fertility, LLC 是北佛罗里达州妇产科协会 P.A.的一家全资子公司) 我授权向提交索赔的医师支付医疗福利款项。我同意免除Brown Fertility, LLC根据本授权书公布我的医疗记录所直接导致的任何及所有的开支、责任和包括合理律师费在内的赔偿损害。

我理解该公司可以聘请高级执业注册护士 (ARNP) 或医师助理 (PA), 并且如果我已预约至他们, 我将愿意与他们而非医生见面。本表格最后修订于 10/1/2012。本人确认已阅读此授权书并充分了解其中内容。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

医保卡扫描/复印件 \_\_\_\_\_ ID卡扫描/复印件 \_\_\_\_\_

## Brown Fertility非承保服务和转介保险豁免书

### 患者信息

患者姓名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名首字母 \_\_\_\_\_  
住址 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 日间电话号码 \_\_\_\_\_  
月 日 年  
社保卡号码 \_\_\_\_\_ 保险 \_\_\_\_\_

### 非承保服务和保险转介

#### 非承保服务

我理解我的保险只覆盖经认定的我本人具体的保单所列项目，以及我的护理与治疗所需的医疗费用的承保权益。我已得到Brown Fertility告知，下列服务在我的保单中*属于或可能属于非承保服务*：

超声波/扫描: \$150-\$250; 诊室诊疗: \$42 - \$500; 化验/抽血: \$10 - \$200; 体外授精周期: \$3,275.00 - \$25,000.00; 其他流程: \$365 - \$6,000.00.

我希望得到上述服务，尽管我明知其费用不会得到我的保险公司受理，或在受理后被保险公司拒付，*届时我将负责支付上述服务的总费用*。

Brown Fertility 将负责向我提供上述费用的大致估算数额以及应全额清偿的日期。我理解由于患者个人疗程和孕程情况的不同，上述费用仅为大致估算数额。如果我的护理开支超出上述估算数额，我将负责支付超出部分。

#### 非转介患者

我理解因为本日的诊疗并非经由转介。我今天将被标注为“私人支付”类患者。

### 签名

日期: \_\_\_\_\_

患者签名: \_\_\_\_\_

父母、监护人或法定代表签名: \_\_\_\_\_

见证人签名: \_\_\_\_\_

09/03/2015

本豁免表不适用于Medicare受益人。如果您被Medicare承保，请告知我们的办公室，因为需要使用专用的高级受益人表格(ABN)。

**BROWN FERTILITY LLC**

**同意书 表格**

**保密的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 检测**

艾滋病毒检测是采用FDA批准的检测手段确定体内是否存在艾滋病毒，并观察病毒如何影响机体的过程。最常见的HIV检测类型是检测HIV感染后机体产生的抗体。检测结果非常可靠，但阴性的结果并不保证你是健康的。一般而言，HIV抗体产生需要三个月，这就是所谓的“窗口期”。在此期间，即使你的艾滋病毒检测为阴性，病毒依然可以通过你传播给他人。如HIV抗体检测为阳性，这表示你已感染艾滋病，并在你感觉健康时可能传播给其他人。

**如果您测试为阳性，依照法律我们必须通知当地卫生部门。**他们将与您联系，提供帮助咨询、治疗和病历管理，并在你需要并希望时提供其他帮助。你会接受关于性伴侣和/或共用针具伴侣的询问，并得到关于资源咨询和转介的服务 ( PCR )。HIV检测结果将记录在你的保密的医疗记录中。

早期发现HIV感染对你的治疗至关重要，并采取适当的预防措施，可以帮助防止疾病传播。如果你怀孕了，有治疗方案帮助让你的孩子免受艾滋病感染。如果你有任何问题，请在签署本同意书之前，咨询你的服务提供商，或拨打佛罗里达艾滋病热线 (1-800-FLA-AIDS 或 1-800-352-2437)。

同意书:

\_\_\_\_\_ 是的 本人, \_\_\_\_\_, 同意接受HIV检测  
(患者印刷体姓名)

我已被告知HIV检测的利弊。我理解某些测试可能需要采集第二份样本，供后期检测使用。

\_\_\_\_\_ 日期

患者或法定代表签名 患者印刷体姓名

见证人签名

法定代表与患者的关系

*佛罗里达州指南建议HIV检测结果在面对面的情况下告知，而不是通过电话告知。如果这不方便，你更喜欢通过电话通知，请在下方签署姓名缩写。*

患者姓名缩写 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 否, 本人 \_\_\_\_\_ 不愿意接受HIV检测, 理由是 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(拒绝接受检测的原因必填)

患者姓名: \_\_\_\_\_ **BROWN FERTILITY, LLC 财务协议**

### 隐私通知确认

本人确认有机会阅读了 **Brown Fertility, LLC**发来的隐私通知, 日期是 **2013年9月1日** (下文称"通知")。本人明白有责任阅读该通知并以书面形式通知 **Brown Fertility, LLC** 任何限制使用或披露与我个人身份相关的健康信息的请求。我明白该通知包括存取访问我的药物使用记录。**Brown Fertility, LLC** 有权随时修订本通知, 并在任何时候在网站及其办公室的可见位置张贴最新版本的通知格式。**Brown Fertility, LLC** 将根据我的要求, 向我提供最新通知的副本。

患者签名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

患者、监护人或法定代表签名: \_\_\_\_\_

### 财务责任和保险范围

本人理解, 鉴于其提供给患者的服务, 本人将直接和最终负责支付**Brown Fertility, LLC**提供的服务和流程所产生的一切费用。**Brown Fertility, LLC** 将验证我的保险并确定其服务是否属于承保范围。如果我的保险不覆盖(不支付)我的治疗费用, 我立即我必须支付所有超出承保范围的服务费用。我将被告知付款责任所涉的款项预计总金额数, 以及全额清偿的日期。有可能需要支付预付款。

如果任何服务在我的保险覆盖范围内, 我有责任在接受服务之前, 提供任何适用的免赔项目、共同保险项目或共同付款项目。我理解我有责任向**Brown Fertility, LLC** 提供我当前保险卡的副本。如有需要, 将为每次“私人支付诊疗”或“非承保项目”签署一份豁免书。**Brown Fertility, LLC** 是北佛罗里达州妇产科协会 P.A.的一家全资子公司(下文称“PA”), 可以向我的保险公司提出索赔申请。如果我收到来自保险公司的付款, 我同意为PA所提供的服务支付款项。如果服务提供商与你的主要承保商没有签订合同, 则必须在服务提供时全额支付其费用。

如果我没有保险, 我将被视为“私人支付”(或“自费”)患者, 我有责任支付所接受的服务总费用。所有接受医疗服务的患者必须在接受服务之前或当时提供社会保险号码。没有社会保险号码的患者必须提供有效的身份证件。如果服务由外部实验室负责, 账单将寄送给我的保险公司或实验室, 本人将收到一份单独的发票。

### 冷冻和存储

如果你同意冷冻胚胎、卵细胞和/或精子, 从储存期的第一年后将收取存储费用。如果在发票开出后30天仍未支付存储费用, 该费用将被视为拖欠并可能进入催收流程, 并导致债务被报告给信用部门。超期未付的冷冻保存费用将采用与未付的存储费用相同的催收流程。

### 取消已预约的体外授精周期或手术程序

如果已预约的 IVF/FET/Donor 周期或医疗手术程序因任何原因被取消，则将收取取消费用。IVF取消定义为在口服避孕药开始之日之后的停药行为，手术取消定义为在手术日期前两周内以任何理由取消手术的行为。在患者出院后且所有保险支付款收到后，预付款和实际执行程序所需款项之间的差额将退还给患者/担保人。

### 同意治疗

本人在此同意并授权执行所有我的服务提供商认定的，对与我的诊断和/或治疗为必须或可取的适当的治疗程序、疗程、施用麻醉和任何及所有的药物。Brown Fertility LLC 和其他 PA 子公司可共享电子病历 (“EMR”)。为便于对我的医疗护理，我同意 Brown Fertility 获取我的任何其他PA子公司保存的医疗记录。

### 附加信息

PA可接受的付款方式包括：现金、支票、借记卡和信用卡 (MasterCard, Visa 和 Discover 均可) 以及外部贷款机构等方式。如果通过电话进行信用卡支付，在付款之后将向患者邮寄信用卡收据。在分支机构接受任何服务的患者可能需要预付款项。

我理解由于任何从本人账户支付而导致的支票拒付、身份核验信和代收费用，我的账户将产生额外的费用。如果账户被转交给外部催收机构或律师进行收款的，下方签名者将必须支付所有催收产生的费用，包括合理的律师费。任何患者的结余款 (退款) 将在发放任何退款之前，先用于偿付我的其他未付费用，包括拖欠PA的其他全资子公司的款项。我进一步理解，这种付款不受任何保险条款、结算方式或判决付款方式的影响。

如果我不取消预约的诊疗，或拒付我的共同支付和/或共同保险或患者责任，包括接受服务时的可扣除款项、电话管理服务、教育资料以及超过12个月的付款协议、FMLA表格以及其他包括医疗记录复印在内的行政费用，我有可能被收取费用。如果在预约到期时间24小时内未收到通知，将会收取取消费。

### 权益分配

我在此授权并指定将所有患者所接受的医疗服务和/或手术程序的所有支付和/或保险金权益直接分配给PA。我在此授权Brown Fertility, LLC披露获得付款所需的医疗信息。我同意免除Brown Fertility, LLC 任何因根据本人同意而披露本人的医疗记录所产生的所有的费用、责任以及任何包括合理的律师费用在内的损害。我理解我有责任清偿所有我的保险计划未涵盖的费用。

### 签名

**通过签署本协议，我确认我已认真阅读，理解并同意上述条款和条件。**

患者印刷体姓名 \_\_\_\_\_ 患者出生日期: \_\_\_\_\_

患者签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_

负责审查表格的雇员签名: \_\_\_\_\_

# BROWN FERTILITY LLC

## 医疗信息披露同意书

有时我方被要求给患者家庭成员或其他人告知检测结果信息，尤其是在患者无法本人接收告知的情形下。如果你同意我们将与你治疗和/或检测结果相关的信息透露给你的家人或朋友，请填写他们的名字和与你的关系。请通过勾选可透露和不可透露项目的方式，**指定他们每个人可以收到的信息类型**如需进一步说明，请自行注明。

界定:

所有信息: 任何及所有的保存于我方文件中，包括账单信息、门诊、治疗、检测结果等以及性传播疾病；HIV/AIDS、节育、怀孕和心理健康方面的与你相关的信息

仅限预约: 仅与医生预约见面相关的日期和时间相关的信息。

STD's/HIV: 与性传播疾病有关的信息，包括HIV、AIDS、HPV、发育异常、异常疱疹、疱疹、GC、衣原体、梅毒、阴道炎、毛滴虫等。

Preg/Ab: 与妊娠和终止妊娠相关的信息。

BC: 与预防怀孕有关的信息，包括避孕药、隔膜、避孕套、宫内节育器等。

<u>关系</u>	<u>允许接受信息者姓名</u>	<u>可披露的信息类型</u>				
母亲	_____	<input type="checkbox"/> 所有信息	<input type="checkbox"/> 仅限预约	<input type="checkbox"/> STD's/HIV	<input type="checkbox"/> Preg/Ab	<input type="checkbox"/> BC
父亲	_____	<input type="checkbox"/> 所有信息	<input type="checkbox"/> 仅限预约	<input type="checkbox"/> STD's/HIV	<input type="checkbox"/> Preg/Ab	<input type="checkbox"/> BC
丈夫	_____	<input type="checkbox"/> 所有信息	<input type="checkbox"/> 仅限预约	<input type="checkbox"/> STD's/HIV	<input type="checkbox"/> Preg/Ab	<input type="checkbox"/> BC
_____	_____	<input type="checkbox"/> 所有信息	<input type="checkbox"/> 仅限预约	<input type="checkbox"/> STD's/HIV	<input type="checkbox"/> Preg/Ab	<input type="checkbox"/> BC
_____	_____	<input type="checkbox"/> 所有信息	<input type="checkbox"/> 仅限预约	<input type="checkbox"/> STD's/HIV	<input type="checkbox"/> Preg/Ab	<input type="checkbox"/> BC

不披露任何信息

在书面形式撤销前，本信息披露同意书将保持有效。

\_\_\_\_\_  
患者姓名印刷体

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
员工证明人

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
Brown Fertility

# BROWN FERTILITY LLC

总部: 14540 Old St. Augustine Road, Suite 2497 Jax, FL. 32258 IVF

中心/周末地址: 8149 Point Meadows Way Jax, FL. 32256 Orlando: 70

W. Gore Street Orlando, FL 32806

Tallahassee地址: 1405 Centerville # 4200 Tallahassee, FL

32308 904-260-0352 或 1-800-750-8823

## 使用答录机或手机号码和电子邮件授权书

I, \_\_\_\_\_ (患者姓名), 已授权Brown

Fertility LLC 向我提供有关预约、转诊和检测结果的信息的详细内容:

请填写并勾选适用项目:

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) 住宅答录机号码

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) 手机号码

\_\_\_\_\_ 电子邮件地址

在书面形式撤销前, 本信息披露同意书将保持有效。

\_\_\_\_\_  
患者姓名印刷体

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
Brown Fertility 员工见证人

\_\_\_\_\_  
日期

问卷调查:

当你选择生育专家时, 最重视的是? (请勾选其中之一)

名气/转介量  价格  成功率  办公地址  预约难易度)

这是你首次约见生育专家吗?

是

否, 我曾约见过 \_\_\_\_\_