

Progeny 정신과 클리닉에 오신 것을 환영합니다!

이 양식은 당사 서비스에 대한 정보와 고객으로서 귀하의 권리 및 책임에 대한 정보를 제공합니다. 궁금한 사항은 담당 임상의 또는 프론트 직원과 상의하시기 바랍니다. 각 페이지 하단의 서명 또는 이니셜은 정보를 이해하고 각 섹션에 동의함을 나타냅니다.

보험, 법적 이름, 우편 주소 또는 연락처 정보를 변경하는 경우 알려주세요 가능한 한 빨리 프런트 데스크.

클리닉 정보:

우리의 메인 라인: (949) 722 - 7118

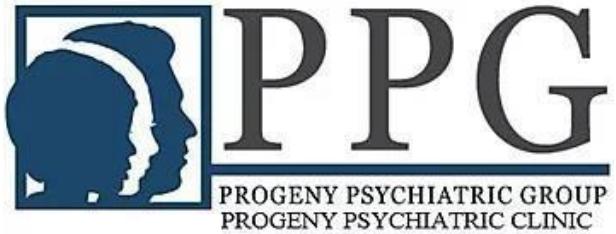
* 메인 라인은 각 클리닉에 대한 옵션을 제공합니다. 그렇지 않으면 직접 회선을 통해 사이트 위치를 직접 사용할 수 있습니다.

청구 부서: MIS FINANCIAL # (949) 955 - 2101

**이 모든 정보 및 추가 리소스는 당사 웹 사이트에서 찾을 수 있습니다.
www.progenyclinic.com.**

** 참고용으로 연방 Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS) Open Payments 웹 페이지에 대한 링크가 여기에 제공됩니다. 연방 의사 지불 선샤인 법 (Physician Payments Sunshine Act)은 지불 및 의약품, 의료 기기 및 생물학적 제제 제조업체가 의사 및 교육 병원에 10달러(\$10) 이상의 가치를 지불하는 기타 금액을 대중이 이용할 수 있습니다. Open Payments 데이터베이스는 의약품 및 기기에 의해 이루어진 지불을 검색하는데 사용되는 연방 도구입니다. 의사와 교육 병원에 회사. 그것은에서 찾을 수 있습니다

https://openpaymentsdata.cms.gov.**



동의

동의

본인은 이 평가에서 얻은 정보가 기밀이며 본인의 서면 허가 없이는 개인이나 조직에 공개되지 않는다는 것을 이해합니다. (이 허가서는 당사 사무실에서 이용 가능하거나 귀하가 그러한 액세스 권한을 부여하고자 하는 개인과 함께 작성하여 당사에 제공할 수 있습니다..) 이 정책의 유일한 예외는 법에 의해 귀하가 나의 허가 여부에 관계없이 정보를 공개해야 하는 드문 상황입니다. 1) 아동에 대한 신체적 및/또는 성적 학대 또는 노인에 대한 학대의 증거가 있는 경우; 2) 본인 또는 타인을 해칠 우려가 있다고 판단되는 경우 3) 법원에서 본인의 기록을 소환하는 경우. 드물게 이러한 상황이 발생하는 경우 조치를 취하기 전에 귀하의 의도를 나와 논의하려고 시도하고 기밀 정보 공개를 안전을 보장하는 데 필요한 최소한으로 제한합니다.

정신과 평가 동의서

본인은 아래에 서명함으로써 Progeny Psychiatric Clinic의 심리 평가에 동의하고, 클리닉에서의 평가에 관한 정책을 안내받았으며, 5페이지의 동의서와 지각/취소 및 누락에 관한 정책을 읽었음을 인정합니다. 설비; 본인은 이 양식에 설명된 모든 지불 방식에 동의합니다. 본인은 PPG 고객으로서 본인의 권리와 의무를 완전히 이해하고 있으며 이 평가에 자유롭게 동의합니다.

서명	날짜	(정자체 이름)
서명/관계 (고객이 18세 미만인 경우)	날짜	(정자체 이름)



기밀 유지 계약

기밀 유지 계약

개인 정보 정책

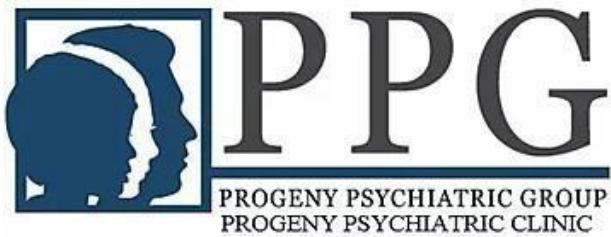
기밀 유지는 정신과 및 심리적 서비스를 받는 모든 환자의 프라이버시에 대한 법적 권리입니다. 예를 들어, 이 사무실에 제공된 모든 개인 정보는 서면 공개에 의해 승인되거나 법률에서 요구하는 경우를 제외하고 이 사무실 외부의 사람 또는 대리인과 논의되지 않습니다. 단, 기밀 유지에는 예외가 있습니다. 이 사무실에서 논의된 모든 정보는 이 계약에 명시된 다음 조건을 제외하고 기밀로 유지됩니다.

- Progeny Psychiatric Clinic이 다른 기관이나 개인에게 정보를 공개하고 공개하는 데 서면으로 동의한 경우(PHI 공개 승인에 자세히 설명됨).
 - 기밀 유지 위반은 법률에 의해 요구되거나 허용됩니다. 예를 들면 Progeny Psychiatric Clinic이 아동 학대, 노인/부양 성인 학대, 자신 또는 타인에 대한 위험 및 기타 법적 문제에 대해 합당한 의심이 있는 경우 포함됩니다.
 - Progeny Psychiatric Clinic은 재량에 따라 귀하의 사례에 대해 동료 또는 법률 고문과 상담하기로 결정하며, 이 경우 신원 정보는 공개되지 않습니다.
 - 미결제 청구서를 정기적으로 납부하지 않으면 청구서가 징수 대행사로 넘어가거나 소액 청구 법원에 제출될 수 있습니다.
 - Pacific Psychiatric Group과 공유된 모든 정보는 사회 복지 기관 사례 통지 시 배정된 사회 복지사 및/또는 기타 SSA 담당자 및 대리인에게 전달됩니다.
 - 이혼 소송을 비롯한 소송 당사자로서 자신의 정신 상태를 쟁점으로 삼는 경우에는 특권을 포기할 수 있습니다. 양육권 사건의 경우 귀하는 법원에서 명령한 평가자의 평가를 용이하게 할 수 있는 귀하의 특권을 포기해야 할 수 있습니다. PPG는 소환장이나 법원 명령을 받은 경우 귀하의 기록을 제출하고/하거나 증언 또는 재판에서 증언해야 할 수 있습니다.
어떤 조치가 귀하의 특권을 포기하거나 포기하지 않을 수 있는지에 대한 법적 조언을 드릴 수 없습니다.
 - 캘리포니아의 가족법에 따라 양육권이 없는 부모는 여전히 자격이 있을 수 있습니다.
- 자녀의 치료에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.

자녀의 기밀 유지에 대한 부모 참고 사항

자녀가 치료에 참여한 경우, 자녀가 자신의 정신과 의사 및/또는 치료사와 비밀 관계를 발전시키도록 허용하는 것이 중요합니다. 따라서 귀하는 귀하의 자녀가 치료사와 논의하는 대부분의 개인 정보가 일반적으로 귀하와 공유되지 않는다는 것을 이해합니다. 오히려 자녀의 주치의는 개인 정보 없이 자녀의 진행 상황에 대한 일반적인 요약을 제공할 것입니다. 이 사무실은 귀하에게 비정상적인 정보를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

또는 위험한 증상이나 행동(예: 폭력, 아동 학대, 자학, 자살 또는 해를 입히려는 의도)
타인, 자해, 음주운전 등)



클리닉 정책

임명 정책

초기 평가, 평가 및 전체 세션은 일반적으로 약 30~60분 동안 진행됩니다. 후속 후속 세션은 15-30분 동안 진행됩니다. 약물 관리 세션은 경우에 따라 약 15분 동안 진행됩니다. 그러나 이러한 세션에는 예상보다 더 많은 시간이 필요할 수 있습니다. 모든 서류 작업과 코페이 제출은 세션이 시작되기 전에 이루어져야 합니다. 원활한 운영을 위해 예약시간 15분 전에 도착해주시기 바랍니다. 다음 환자 대기에 지장이 없도록 시간을 지켜주시기 바랍니다. 1년 후에 재진하면 새로운 환자로 간주되어 재평가를 받아야 합니다.

긴급/긴급 서비스

우리는 외래 진료소이며 응급 의료 서비스를 처리할 장비가 없습니다. 우리는 귀하가 필요할 때 적절한 치료를 받을 수 있도록 보장하고자 합니다. 이러한 이유로 심각한 부작용을 경험하거나 현재 자살 생각이 있는 경우 911에 연락하거나 가장 가까운 응급실을 방문할 것을 권장합니다. 긴급 치료를 받은 후에는 병원에서 변경된 사항에 대해 외래 진료 제공자와 후속 조치를 취하십시오(그들은 또한 퇴원 전에 이를 권장할 것입니다).

24시간 취소 정책 및 늦은 도착

취소 및 지각 전화번호 : 949-722-7118
필요할 때 편리한 곳에 이 번호를 보관해 두십시오.

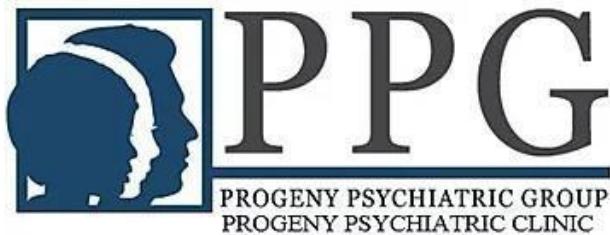
늦은 도착:

늦게 도착하는 경우 해당 날짜에 만나거나 미래 날짜로 일정을 변경하도록 요청하는 것은 서비스 제공자의 재량입니다. 늦은 도착을 알리기 위해 전화를 해도 유예 기간이 없기 때문에 귀하를 볼 수 있다는 보장은 없습니다.

24시간 취소 정책 정보:

모든 예약 취소 또는 변경은 24시간 이내에 이루어져야 합니다. 그렇지 않으면 환자에게 노쇼 수수료가 부과될 수 있습니다.

이 정책의 이유:취소 또는 일정 변경 의사를 24시간 전에 미리 알리면 다른 사람이 해당 시간대에 일정을 잡을 수 있습니다. 다른 사람들이 대기자 명단에 있거나 다른 시간으로 일정을 변경할 기회를 찾고 있을 수 있기 때문에 이 것은 중요합니다.그만큼 가능한 한 사전 통지는 정말 감사합니다.



* * 예정된 약속 시간에 단순히 나타나지 않으면 놓친 약속에 대한 요금이 부과됩니다.
* * 시간 내에 제공되는 이메일 또는 음성 메일 알림은 적절한 알림으로 허용됩니다.

예약 불이행에 대해 보험 회사에 청구하는 것은 불법이기 때문에, 귀하는 놓친 세션에 대한 전체 비용을 본인 부담으로 지불해야 합니다. (약속을 지켰을 때 지불한 금액보다 훨씬 더 많은 금액을 지불하게 됨). 시간당 현금 요율은 공급자마다 시간당 다릅니다.

이 취소 정책은 의료 및 정신 건강 분야의 표준이며 엄격하게 시행됩니다. 경우에 따라 약속을 놓친 데에는 이해할 수 있는 이유가 있지만 이 정책에 대한 예외는 거의 없습니다. 연년 내에 3번의 노쇼가 있는 경우 치료 서비스가 중단됩니다.

리필 정책

- 약물 부족을 방지할 수 있도록 약물이 부족한 경우 약속 시간에 사무실에 알려야 할 책임이 있습니다.
- 우편 시리즈가 있는 경우 혼란을 피하기 위해 양식과 처방전을 작성한 후 우편으로 보내야 합니다.
- 약이 부족할 경우 예기치 않은 상황에서 예약 중에 약 리필을 처리해야 합니다. 정규 업무 시간에 사무실로 연락주시기 바랍니다. 예정된 후속 약속이 있거나 다음 이용 가능한 제공자와 일정을 잡으면 통제되지 않는 약물을 기꺼이 리필해 드립니다.
- 통제된 분실/도난 처방전은 경찰 신고가 필요할 수 있으며 임상적으로 안전한 경우에만 리필됩니다.
- 리필은 의약품 보장을 보장하지 않습니다. 보장에 대해서는 약국에 문의하십시오.

커뮤니케이션의 형태

- 전화, 이메일, 온라인 양식 제출, 엘프 메시지 또는 음성 메일을 통해 저희 사무실에 연락하실 수 있습니다.
- 프런트 직원이 귀하의 이메일에 회신하는 데 영업일 기준 최대 2일이 소요될 수 있습니다.
- 공급자는 이메일 응답을 위한 고유한 처리 시간을 가질 수 있습니다. 이에 대해 공급자와 상의하십시오.
- 음성 메일은 영업일 기준 1일 이내에 반환됩니다. 제대로 도움을 드릴 수 있도록 전체 메시지를 남겨주세요.
- 문자 및 이메일 알림은 귀하가 제공한 번호 및/또는 이메일로 전송됩니다. 이러한 미리 알림은 무료이므로 약속도 기록해 두십시오. 제거를 원하시면 언제든지 프런트 직원에게 말씀해 주십시오.



양식/서류

요청된 양식은 먼저 제공자와 논의해야 합니다. 양식, 편지 및 장애 서류 작업에 동의하는 것은 제공자의 재량에 달려 있습니다. 일반적인 서류 처리 시간은 영업일 기준 5~7일(일부 양식의 경우 영업일 기준 최대 14일)이지만 예상치 못한 상황에 따라 달라질 수 있습니다. 적시에 귀하의 요청을 제출하십시오.**2023년 1월 1일부터 공급자 작성이 필요한 모든 요청 문서 및 양식**

청구 수수료가 부과됩니다. 보험이 적용되지 않는 청구 비용은 환자/책임 당사자의 책임입니다.

의약품 사전 승인

저희 사무실은 의약품에 대한 PA를 제출할 수 있습니다. 적절한 플랜에 제출할 수 있도록 가장 최신의 보험, 연락처 및 청구 정보가 있는지 확인하는 것은 환자의 책임입니다. 사전 승인 승인은 보장되지 않으며 귀하의 보험에 따라 다릅니다. 사전 승인은 요청을 통보받은 날로부터 완료하는 데 영업일 기준 5~7일이 소요될 수 있습니다.

스위칭 공급자

서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 저희 클리닉 내에서 다른 서비스 제공자를 만나실 수 있습니다. 이는 공급자 전환으로 간주되지 않습니다. 서비스 제공자 변경은 현재 서비스 제공자의 치료를 중단하고 다른 서비스 제공자의 치료를 시작하고자 함을 의미합니다. 우리의 목표는 귀하가 확립된 관계와 지속적인 관리를 받는 것입니다. 2회 이후에는 공급자 전환을 제한합니다. 제공자를 변경할 때는 치료 계획에 동의하지 않는 것 이외의 이유가 있어야 합니다(제공자가 거부한 특정 약물 요청, 제공자가 거부한 더 많은 용량 요청, 제공자가 거부한 제어 약물만 요청 등).

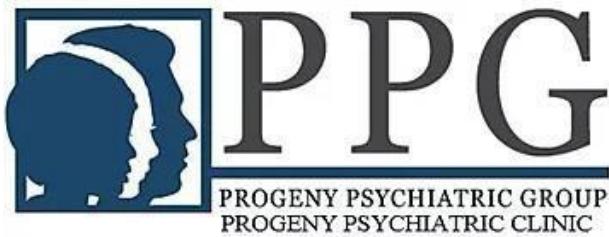
제공되는 약물 및 관리는 서비스 제공자의 평가 및 **뿐**의학적으로 적절한 경우 제공됩니다. 귀하가 귀하의 치료 계획에 동의하지 않는 경우, 저희 클리닉 외부에서 2차 소견을 구하도록 요청할 수 있습니다.

환자 종료

우리의 임무는 모든 기존 환자에게 양질의 치료를 제공하는 것입니다. 저희 사무실과 환자 간의 협력 관계는 받는 치료에 필수적이며 이러한 협력에 대한 피해는 해로울 수 있습니다. 가능한 퇴원 사유는 아래를 참조하십시오.

- 치료에 부적합
- 출석 정책을 준수하지 않음
- 클리닉 정책을 준수하지 않음
- 공격적이거나 폭력적인 행동

초기의



재정 조건

귀하는 귀하의 보험 회사로부터 치료에 대한 사전 승인을 받아야 할 책임이 있음을 유의하십시오. 또한 귀하는 제공된 모든 자기부담금 및 보험 서비스에 대한 책임이 있습니다. 또한 본인은 제 보험이 적용되지 않는 비용에 대한 책임이 본인에게 있음을 이해합니다. 또한 본인은 치료 중 언제라도 본인이 보험 적용 대상이 아님을 알게 되는 경우 즉시 PPG에 통지하고 청구된 비용의 100%에 대해 재정적 책임을 지게 됨을 이해하는 데 동의합니다. 마지막으로 본인은 본인의 개인 및/또는 보험 정보 변경 사항을 PPG에 알리는 데 동의하며 현재 신용 카드를 파일에 보관합니다.

Medicare 환자는 아래에 서명함으로써 초기 방문, 모든 후속 방문 및 모든 공제 금액의 20%를 지불하는 데 동의합니다.

우리의 청구 부서는 재무와 관련이 없습니다. 949-955-2101로 연락할 수 있습니다.

지불 조건 및 보장되지 않는 서비스

본인은 치료 세션 외에 필요한 서비스에 대해 \$150-\$400의 정규 시간당 요금이 부과됨을 이해합니다. 이러한 서비스에는 다른 전문가와의 상담이 포함됩니다. 본인은 보호인 제도, 청원서, 장애 양식 또는 병가에 필요한 서신에 대해 수수료를 청구할 것입니다.

PPG가 이러한 조건을 집행하기 위해 변호사를 고용해야 하는 경우 합리적인 변호사 비용을 포함하여 발생한 모든 비용을 지불할 것임을 이해합니다.

지불 유형. 서비스는 각 예약 전에 미리 지불해야 합니다. Progeny Psychiatric Clinic을 수취인으로 수표를 작성하십시오. 또한 고객님의 편의를 위해 현금 또는 신용카드로 결제하실 수 있습니다. 영수증은 약속 시작 시 요청 시에만 제공됩니다.

신속한 지불. 30일 이내에 지불되지 않은 잔액은 "기한 경과"로 간주됩니다. 60일 이내에 지불되지 않은 잔액은 추심 기관으로 보내지거나 소액 청구 법원을 통해 처리될 수 있습니다. 당신이 있는 경우 전체 지불을 할 수 없는 경우 귀하는 다음 사항에 동의합니다. 잔액이 완료될 때까지 지불 계획을 설정합니다.

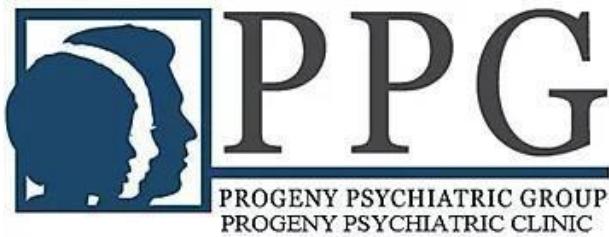
보험 청구. 귀하의 계약에 포함되지 않은 모든 서비스에 대해 비용을 지불해야 합니다.

보험사.

반품 수표 수수료. 반송 수표 수수료는 \$25.00입니다. 어떤 이유로든 수표가 지불되지 않고 반환된 경우 환자는 불충분한 지불금으로 추가로 50달러(\$50.00)를 지불해야 합니다.

치료를 종료할 권리. 완료된 서비스에 대해 지불할 의무 없이 언제든지 치료를 종료할 권리가 있습니다.

_____초기의



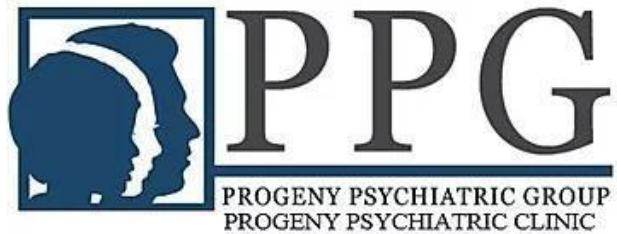
재정 정책
당사의 전문 서비스 및 요율은 다음과 같습니다.

전문적인 서비스	타임스	요금 MD/DO	NP/에 대한 요금 박사	요금 LCSW/LMFT
----------	-----	----------	------------------	-----------------

최초 방문	30-40분 60분 테라피	\$400	\$300	\$150
후속 조치	15-20분 60분	\$250	\$175	\$150
농친 설비	노콜/노쇼	\$50	\$50	\$100

양식, 편지 및 기타 불특정

양식, 보고서 작성 (치료 요약, 장애, 서신 등) 보호인 제 도 양식	페이지당 \$10	페이지당 \$10	페이지당 \$10	페이지당 \$10
법원 관련 서비스: (모든 법원 관련 다음을 포함한 서비스 평가, 증언, 회의, 증언, 준비, 대기 및 이동 시간, 보고 법적 목적으로 사용 등.)	비례배분 반나절 최소 법원 출석을 위해 또는 대기 상태. 다음에 필요한 리테이너 전진. 리테이너 수수료 이전에 지급 법원 날짜.	\$800 (경우에 따라 다름)	\$400 (경우에 따라 다름)	\$400 (에 따라 다름 사례)



HIPAA 개인 정보 보호 관행 고지 수신 확인

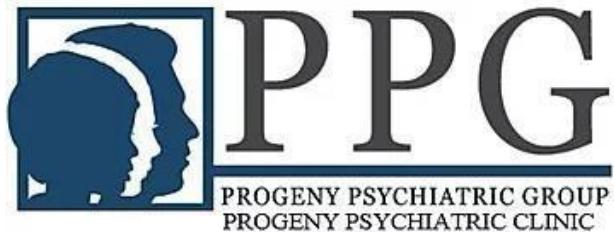
내 서명으로 b이자형낮음, 인정이자형본인은 이 HIPAA 개인정보 보호 통지서를 받았습니다. ↓싸이 관행.

파티이자형 nt 이름, 정자체: _____

서명

날짜

서명이 환자의 것이 아닌 경우 관계 또는 후견인의 성격을 설명하십시오.



신용 카드 승인(필수 2023)

나, _____, Progeny Psychiatric Clinic이 내 신용 카드에 청구하도록 승인합니다.
포p에게 제공되는 추가 서비스 보험사에서 지불하지 않고 지불 조건 및 보장되지 않는 서비스에 명시된 컨시어지
서비스로 간주되는 서비스에 대해. 이 신용 카드에 대한 요금에는 사무실 방문, 전화 세션, 서류 작업, 늦은 취소 및
노쇼가 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다. 내 신용 카드가 이러한 서비스에 대해 자동으로 청구nd 파일에
있는 카드를 변경해야 하는 경우 방문 전에 사무실에 연락하겠습니다.

카드 종류: 비자 마스터 카드 발견하다 아멕스

카드 번호: _____

만료 날짜: _____

카드의 보안 번호: _____

서명: _____ 날짜: _____