



電話：(833) 473-8562

傳真：(702) 778-9913

患者保險

(請提供所有保險卡的拷貝給櫃檯人員)

主要保險

保險公司： _____

保單號碼： _____ 團保號碼： _____

次要保險

保險公司： _____

保單號碼： _____ 團保號碼： _____

GPET健康聯盟與服務

公司： _____

保單號碼： _____ 團保號碼： _____

財務政策和簽名

我授權在有處理保險索賠、保險申請和處方之必要時，向我的主要照顧醫生及醫療顧問提供任何所需之醫療資訊。我同時授權向GPET健康聯盟與服務有限公司付款。



電話：(833) 473-8562

傳真：(702) 778-9913

我了解我對所提供的**所有服務**以及以下原因負有財務責任：

- 1) 服務時我沒有適當的推薦人。
- 2) 我的推薦無效或過期。
- 3) 我提供的保險信息不正確或無效。
- 4) 我的保險公司不承擔費用。
- 5) 我尚未達到免賠額。
- 6) 我的保險公司認為所提供的服務在醫學上是不必要的。
(這項授權適用時現在和未來使用本公司服務時。)

患者或責任方：

簽名_____ 日期_____

如果您所提供的資訊不正確或非現況，我們將無法處理您的保險理賠。任何其他收費將由您自行負責。