

請向工作人員索取費用清單的翻譯件

*Affix Patient Label*

## 資訊收集表

### 不符合國民醫保 (Medicare) 資格的患者

您被列為不符合 Medicare 資格的病人。因此，您無法享受澳洲的免費醫療保健服務。您將需要支付所有治療相關費用。如果您有私人醫療保險、旅行險或其他保險，您也許可以申請報銷部分費用。我們建議您跟保險公司確認。

#### 費用確認

通過簽署本件，我 \_\_\_\_\_，確認已知曉本人是不符合 Medicare 資格的病人，並願意承擔在 Metro North 醫院和健康服務中心接受治療所產生的所有費用。做此項聲明時，我確認我已閱讀和理解本文件中的所有資訊。

#### 我理解：

- 我授權 Metro North 醫院和健康服務中心，從我提供的信用卡中扣除第二頁“費用預估”中列出的金額。
- 第二頁的“費用預估”是對治療過程中可能產生的費用的大概估計，實際金額可能有所出入，未來可能產生更多費用。
- 如果我選擇自費接受治療，未來產生的費用將由私人專科醫生決定，我應該與我的專科醫生進行確認。
- 這些資訊不包括醫生進行手術和麻醉的費用，因為這些費用是由外部機構收取。我將收到這些費用的單獨發票。
- 所有未提前支付的治療費用，包括超出“費用預估”的部分，將開具相關發票給我，並須在發票日期的30日內付清。如果我沒有在規定時間內支付費用，未付款項將變成我欠 Metro North 醫院和健康服務中心的債務，則醫院有權直接或通過收債公司向我追償債務。
- 在治療之前預估影像診斷、病理學、藥物的費用是非常困難的，所以如果需要這些服務，實際治療費用極有可能超過“費用預估”裡的金額。在我入院和/或接受治療期間，如果我需要影像診斷、病理學或藥物治療，我預授權醫院可從我的信用卡中扣除額外最多1000澳元用於支付其他門診費用。我理解我將只會被收取實際產生的費用，最高可達這一數額。對於任何超過1000澳元的其他門診費用，我將收到單獨的發票。
- 如果 Metro North 醫院和健康服務中心同意代表我與我的私人健康保險基金或其他保險公司直接聯繫，我授權 Metro North 醫院和健康服務中心根據需要向該保險公司或私人健康保險基金提供我所有的個人和醫療資訊，包括醫院病例組合協定 (Hospital Casemix Protocol) 資訊和病歷。
- 我可能需要提供額外的資訊，用於評估我是否有資格享受澳洲的免費醫療保健服務，如護照、簽證或其他身份證明。我同意 Metro North 醫院和健康服務中心使用我提供的個人資訊，用來評估我是否能享受此服務的資格，這可能包括如果需要確認我的簽證情況，向移民局和邊境保護部門提交我所有的個人資訊。
- 提供虛假或誤導資訊將被視為欺騙行為，醫院將採取措施通知有關部門。

患者 / 父母 / 代表 (請圈出)

工作人員見證

\_\_\_\_\_  
姓名 (正楷書寫)

\_\_\_\_\_  
姓名 (正楷書寫)

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
日期