**YOSEMITE財務規定**

この度はShanghai Yosemite Clinic を選んでいただき誠に有難うございます。

私たちは優れた品質の医療サービス、患者様の個々人に沿ったケア、そして良好なコミュニケーションを提供することを約束いたします。このために、診察あるいは手術を行う前に読んで頂きサインをお願いするための財務ポリシーおよび請求方法を以下に提示いたします。そして、それら請求方法や支払い方法を患者様に十分にご理解いただくことは私たちの責任でもあります。

尚、支払い方法につきましては、現金のほかにも銀行振り込み、クレジットカードでのお取り扱いが可能です。また、私たちは患者様の利便性のために、多くのグローバルな保険会社とも提携しており、保険金の直接決済サービスもお取り扱いしております。

* **外来診療**

Yosemite Clinicは、優れた品質の医療を確実に提供するために、外来診療後のワンストップサービスの支払い方法を取り入れております。従いまして、患者様が診療中に何度も会計を行う必要が無く、ハイエンドのサービスを実感いただけます。

* **手術および所見サービス**

自費手術の場合、手術前に手術の見積り費用のデポジットお願いします。退院当日の昼１２時までに見積りと実際の費用との差額を、明細書および請求書と共にお渡しいたします。

* **保険の直接決済サービス**

患者様の保険会社とYosemite Clinicとが直接決済サービスを提携しているのであれば、便利な決済方法をご提案いたします。しかしながら、「直接決済」は患者様のご契約ですので、患者様の保険会社との契約内容と計画に照らしていただき、保険の範囲内で治療を行うかどうかについては、患者様にてご判断いただきますよう、お願いいたします。

１．「直接決済」サービスをご利用になるのであれば、Yosemite Clinic支払い頂きます。もし、保険会社あるいは第三者機関の代理店により、費用をお支払いいただけないのであれば、適切な日・時間にてその費用を請求いたします。尚、Yosemite Clinicからはメールにて、患者様宛てに滞納金の請求を毎月行わせていただきます。

２．患者様の健康保険や福利厚生内容が、当院で行う医療サービスの一部あるいは全てについて対応していない場合がございますので、診療を受けられる前に患者様の保険会社との契約内容・保障範囲をご確認いただくことをお薦めいたします。

３．直接決済および請求処理を行うために、保険会社との契約期間や内容により、患者様の身分証明証(例えばＩＤカード、パスポート、有効な保険証書など)をご提供いただきます。状況によりましては最終的に、Yosemite Clinicは治療費を患者様ご自身に請求させていただくこともございます。その場合、その後に患者様ご自身にて保険会社に請求の申請をお願い致します。

４．手術前あるいは入院される患者様につきましては、患者様の保険会社あるいは雇用会社からの保証状を提出願います。尚、もし保険会社あるいは雇用会社からの保証状を退院前までに提出いただけない場合は、手術や治療で発生した全額費用を退院前までにお支払いいただきます。

５．Yosemite Clinicは、患者様の第一保険会社に対してのみ直接決済を致します。従いまして、もし第二あるいは第三の保険会社がある場合は患者様ご自身にて請求申請を行うようお願い致します。

６．患者様の保険会社あるいは第三者機関の代理店が患者様に給付を行う場合は、保険給付が可能かどうかをする判断するために、患者様の全ての医療記録へのアクセスを許可いただくようお願い致します。

もし患者様が給付金や請求の内容についてご満足いただけない場合は、患者様が保険会社の説明や要求を行うために必要医療報告書を用意することも可能です。

* **医療記録の送付および写真複写の費用**

患者様あるいは保険会社が医療資料、医療画像、医療記録を必要とする場合は、それらにかかる費用は

別途追加費用として患者様のご負担とさせて頂きます。尚、費用は事前にお支払い頂きます。

* **未払い費用**

未払い費用がある患者様につきましては、再診の前までに全額あるいは一部をお支払いいただきます。

あるいは、支払い計画をご提示いただきます。もし支払い請求書発行日より９０日以内にお支払が無い場合、Yosemite Clinicは法的な権利に基づき、法的な手段にて責任を追求いたします。

* **返金**

患者様への返金がある場合、元の支払い方法に基づき、現金、クレジットカード、銀行振り込みにて返金いたします。尚、クレジットカードによる返金の処理日数につきましては、２－４週(国内カード)、６－８週(国際カード)前後かかりますのであらかじめご了解願います。

Yosemite Clinicは、返金要求や返金に基づき、オリジナルの請求書をご提出いただくよう、患者様にお願いすることがございます。保険会社や第三者の支払者はそれぞれ異なった手順がありますので、患者様の保険会社に十分に詳細の確認をお願いいたします。

* **患者様の同意**

私は、上記Yosemite Clinicの財務規定を読み、理解し合意した上、全ての治療を受けることを承諾し、ここに署名いたします。

※患者様の署名：　　　　　　 日付：年　　月　　日

親あるいは権限代行の署名：　 日付：年　　月　　日