

EnWell Chiropractic & Acupuncture

Fee Schedule and Payment Policy

- 初診（検査、コンサルテーション、治療） **\$150 - \$300**
- 再検査 **\$50 - \$75**
- カイロプラクティックや鍼灸治療 **\$75 - \$200**
- サポーター、ベルト、サプリメントなど **\$5 - \$150**

*保険をお持ちでない方やカイロプラクティックのカバーがない方の為に当院では **20 % TOS** ディスカウントをご用意しております。また、カイロのカバーはあるが鍼灸治療はカバーされない方で同時に両方の治療を受けたい方は鍼灸治療費をディスカウントいたしますのでフロントまでお問い合わせください。

私は上記の内容を読み、治療にかかる費用等に同意いたします。治療費に関わるディダクティブル、コペイメント、コインシュランスや保険会社が支払いを拒否した場合などは、すべて本人の自己負担になります。また、パーソナルインジャリーや交通事故のケースの場合、そのケースがいかなる結果になってもすべての医療費は **100%** 支払われる事を理解し、了承いたします。また、未払いの治療費がある場合は速やかに支払いすることを約束します。もし、支払い時に使用したパーソナルチェックやデビットが銀行残高不足の為にリターンした場合はサービスフィーとして別途 \$ **25** かかります。最後に、お支払期限を過ぎても支払いがない場合はコレクションエージェンシーに委託されます。上記の内容を理解し、同意します。

Signature of Patient, Parent, or Guardian

Date

Print Name Patient, Parent, or Guardian

Relationship to patient

EnWell Chiropractic & Acupuncture

CANCELLATION & NO-SHOW POLICIES

予約の変更・キャンセルポリシーに関して

エンウェルカイロプラクティック & アーキパンクチャーではひとりひとりに責任を持って治療にあたっている為、完全予約制となっております。無断もしくは予約時間直前での変更やキャンセルをされますと、キャンセル待ちしている他の患者様が治療を受ける機会を失ってしまいます。以上の理由から、予約の変更・キャンセルされる場合は出来るだけ早めにご連絡下さい。なお、当日のキャンセルに関しては以下の通りキャンセル料を申し受けておりますので、予めご了承下さい。

キャンセル

予約の変更やキャンセルの場合は**予約の24時間前まで**にご連絡ください。それ以降にご連絡を頂いた場合は当日キャンセルとなり、**75ドル**のキャンセル料がかかります。（前日が休診日の場合はその前の日までにご連絡下さい）

無断キャンセル (No-Show)

当日の予約に無断で来なかった場合はどのような理由があろうと無断キャンセルとみなし、**75ドル**のキャンセル料がかかります。

遅刻

予約の時間に遅れて来られる方は次の患者様の予約の関係上、治療時間が短縮される可能性がある事をご了承ください。遅れてくる時間によっては十分な治療時間が確保できないとドクターが判断する場合がございます。この場合、治療時間に関わらず全額患者様の負担となりますのでご了承下さい。

以上、皆様が気持ちよくスムーズに治療を受けていただけるよう、ご理解とご協力を宜しくお願い致します。

Signature of Patient, Parent, or Guardian

Date

EnWell Chiropractic & Acupuncture

Name: _____ Date: _____ File# _____

ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE

Privacy Practices Acknowledgment: HIPPA

As of April 2003, all health care providers are required by law to provide you the patient with a Notice of Privacy Practices. The privacy of your protected health information (PHI) is important to us. We understand that your health information is personal and we are committed to protecting it. We create a record of care and services you receive in our office. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. You are being provided a Notice of Privacy Practices which explains how we may use and share PHI about you. If, at any time, you have questions or concerns related to your protected health information, please feel free to speak with any one of our staff.

Signature on file form

- I authorize use of this form on all my insurance submissions.
- I authorize release of information to all insurance companies related to my care at ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE.
- I authorize release of all medical / health information from any other provider I have used previously to ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE and any agent working on their behalf.
- I authorize ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE and any agent working on their behalf to obtain payment from my insurance company and / or attorney.
- I authorize payment to be made directly to ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE.
- I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.
- I permit ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE and any agent working on their behalf to contact me by means of the home, work and / or cell phone number(s) I have provided on the patient information form.
- I permit ENWELL CHIROPRACTIC & ACUPUNCTURE and any agent working on their behalf to contact me via written communication to my home address given on the patient information form.

I have received the Notice of Privacy Practices and have reviewed it and I have reviewed the signature on file form.

Signature: _____ Date: _____

Name printed: _____