

付款協議

利益轉讓

本人授權Noble Fertility Center. 諾貝爾生育中心作為我的治療醫生以及收取服務費用。我明白我將負責承擔保險公司每年的自付額，不予支付的服務項目，定額手續費，以及其他被劃分為“醫學上非必要的”、“化妝用的”、“不孕不育的”、或由於任何原因被“拒付的”全部費用。

付款條例

我明白你們診所從我這裡所收取的款項是非習慣性的折扣價。另外，我明白（除非另外指明的），你們診所會向我的保險公司收取習慣性的非折扣價，並且你們會盡一切努力向保險公司收取這些款項。我明白任何從我的保險公司收取的款項將會根據保險公司的明細單來支付我賬戶上所產生的費用。如果45天后我的保險公司仍未有答復，我將負責承擔全部未付餘額。如果付款是（保險公司）直接付給我的，我將簽署，批准所有的支票給你們診所。我明白，我將負責承擔由於欠款所造成的全部行政、法律、和/或代收欠款機構的全部費用。

釋放醫療報告授權

本人授權我的主治醫生可將我的所有資料提供給保險公司用於處理我的賬單。

我已閱讀、理解并同意以上條例。

簽名: _____

日期: _____

姓名大寫: _____

本人授權Noble Fertility Center. 諾貝爾生育中心作為我的治療醫生。我明白你們診所不需要發送賬單給我的保險公司收取任何費用，我將全權承擔我在你們診所所產生的所有費用。

簽名: _____

日期: _____

姓名大寫: _____