

# Sunset Eye Clinic, LLC

1865 NW 169<sup>th</sup> Place, Suite 105  
Beaverton, OR 97006  
Phone 503.533.8441 | Fax 503.533.8403

# Sunset Vision Center, LLC

7355 NE Imbrie Dr. Ste. 101  
Hillsboro, OR 97124  
Phone 503.844.6858 | Fax 503.844.6850

Welcome to our Office!

저희 안과에 방문하신 것을 환영합니다!

환자이름 Patient Name \_\_\_\_\_ 날짜 Date \_\_\_\_\_

생년월일 Date of Birth \_\_\_\_\_ 소셜번호 SSN \_\_\_\_\_

주소 Address \_\_\_\_\_ 집 전화 Home Phone \_\_\_\_\_

City/State/Zip \_\_\_\_\_ 휴대폰 Cell Phone \_\_\_\_\_

이메일 주소 E-mail Address \_\_\_\_\_

결제하는 사람 이름 Person responsible for payment (other than insurance) \_\_\_\_\_

청구지 주소 (위 주소와 다를 경우) Billing Address IF different from the address listed above:

어떻게 저희 안과를 소개 받으셨나요? Whom may we thank for referring you to our office?

다른 의료병원 Other healthcare professional \_\_\_\_\_  인터넷  한인주소록

가족 Family Member \_\_\_\_\_  보험목록  기타

지인 Friend \_\_\_\_\_

## 주치의 정보 Primary Care Physician Information

의료기관 Clinic Name \_\_\_\_\_ 전화번호 Phone \_\_\_\_\_

주치의 이름 Provider Name \_\_\_\_\_ 팩스번호 Fax \_\_\_\_\_

주소 Address \_\_\_\_\_

*의료보험 카드를 아래 이메일 주소로 보내주세요.*

Please email your digital copy of MEDICAL INSURANCE CARD to:

**[scheduling@sunseteyeclinik.com](mailto:scheduling@sunseteyeclinik.com)**

## 지불 정책 Payment Policy

지불은 방문하신날에 하시게 됩니다. 현찰, 수표, 신용카드 (비자, 아멕스, 마스터카드)로 지불 가능합니다. 보험이 있으신경우, 보험처리후에 예상되는 비용을 청구해드립니다. 보험처리 후 발생하는 금액은 첫번째 명세서를 받은 후 30일 이내에 지불하셔야 합니다. 이미징 및 스캐닝 서비스는 보험이 적용되거나, 되지않을 수 있습니다. 보험혜택 및 혜택자격은 보험회사에 문의하시는 것이 가장 정확합니다.

Payment and/or co-pay is due at the time of service. We accept cash, checks, Visa, Amex, and MasterCard. If you have insurance, we will be happy to bill the **estimated** portion your insurance plan covers; the remaining balance is due within 30 days of receiving your first statement. For services including, but not limited to imaging and scanning may or may not be covered. Your insurance carrier is your best source of information regarding benefits and eligibility. It is your responsibility to know your benefits and eligibility prior to receiving services.

➡ 서명 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_