

BILLING CONSENT:
PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE (Dari)**روش فرستادن بل/مخارج ما**

تشکر می‌کنیم از اینکه مرکز مراقبت‌های صحتی استنفورد (Stanford Health Care) را انتخاب کردید. ما می‌خواهیم مطمئن شویم که از روش بل/خرج شفاخانه توسط ما را اطلاع داشته باشید. ما روش ذیل را تعقیب می‌کنیم تا مطمئن شویم که مطالبات شما بصورت صحیح و سر وقت پرداخت گردد.

اگر بیمه دارید:

- < ما اول بل را برای بیمه شما صادر خواهیم کرد. پرداخت هرنوع کسورات/بیمه مشترک/سهم مشترک پرداخت به عهده مریض/مسئولیت ضامن است.
- < اگر بیمه ثانویه/دوم هم داشته باشید بعد از صدور بل برای بیمه اولیه، بل هرنوع کسورات/بیمه مشترک/سهم مشترک پرداخت مریض/ضامن را برای بیمه ثانویه/دومی صادر می‌کنیم.
- < اگر بیمه ثانویه شما کسورات/بیمه مشترک/سهم مشترک پرداخت داشته باشد، بل این موارد بعد از رسیدگی و پرداخت مطالبات توسط بیمه ثانویه، برای ضامن صادر می‌شود.
- < وقتی بیمه شما مطالبات ارائه شده را مورد رسیدگی قرار داده/پرداخت کند، یک کپی از شرح مزایا (EOB) را از آن‌ها دریافت خواهید کرد. لطفاً آن را بررسی کنید و در سوابق خود نگهداری کنید. در آن طرز رسیدگی به مطالبه و اینکه آیا مسئولیتی دارید یا نی و چرا را توضیح داده خواهد شد.

*اگر درباره پوشش و مزایای خود یا اینکه چرا در قبال مطالبه مسئول هستید سوالی دارید، لطفاً برای توضیح بیشتر به بیمه خود به تماس شوید. لطفاً متوجه باشید که رسیدگی به بعضی مطالبات نسبت به دیگران بیشتر وقت می‌گیرد. در بعضی موارد، در صورت عدم پرداخت صحیح مطالبات، ما باید به ارسال درخواست تجدید نظر برای بیمه هستیم.

اگر بیمه ندارید:

- < شما برای خدمات که دریافت کردید، بل دریافت خواهید کرد.
- < اگر درباره بل خود سوالی دارید، روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 9:00 صبح الی 5:00 بعد از چاشت، به قسمت خدمات مشتریان ما به نمبر (800) 549-3720 به تماس شوید.

ضرور است معلوماتی که در دوسیه در اختیار داریم، از جمله آدرس، نمبر تلفون و تلفون دستی، معلومات جمعیت شناختی و بیمه کنونی و دقیق باشد. لطفاً در صورت وقوع هررقم تغییر در معلومات خود موضوع را به نماینده میز پذیرش اطلاع بدهید تا بتوانیم سوابق شما را مطابق با آن به روزرسانی کنیم.

رضایت برای مخارج- اجازه تماس به تگس یا به تلفون دستی

با امضا کردن بخش ذیل، تأیید می‌کنید

1) شماره تلفن که مرتبط با این رضایت (xxx-xxx-xxxx) یک شماره تلفن همراه است

2) شماره تلفن همراه، مرتبط با این رضایت متعلق به شماست و

3) شما موافقت می‌کنید که ما، مرکز مراقبت‌های بهداشتی استنفورد، نمایندگان، پیمانکاران یا آژانس جمع‌آوری اطلاعات ممکن است

با استفاده از این شماره تلفن همراه، استفاده از شماره گیر خودکار تلفن و/یا ارسال پیام‌های از پیش ضبط شده و/یا پیام‌های متنی برای شما به این شماره تلفن همراه بگذاریم. در حدی که چنین رضایتی از نظر قانونی لازم است. (4) شما درک می‌کنید که ممکن است نرخ داده‌ها و پیام‌ها از طرف ارائه‌دهنده خدمات تلفن همراهتان برای شما اعمال شود.

شما مکلف/مجبور به امضای این فورم رضایت به عنوان شرط دریافت خدمات در مراقبت‌های صحتی استنفورد Stanford Health Care نیستید. شما می‌توانید با انتخاب «موافق نیستم» در زیر از رضایت خودداری کنید. شما می‌توانید تصمیم خود را در هر زمان با اطلاع دادن به ما به روزرسانی کنید.

شما موافقت می‌کنید که اگر می‌خواهید این رضایت را لغو کنید، یا اگر نمره تلفن دستی تان را دیگر ندارید یا تغییر دادید، به ما اطلاع دهید. برای اطمینان به رسیدگی به سر وقت، و روش ترجیحی ما برای اطلاع به شما از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان ما به شماره 3720-549 (800) است، با این حال، ممکن است از طریق سایر روش‌های معقول از جمله ارسال یک اخطار کتبی یا ارسال پیام My Health Billing این کار را لغو کنید.

- من رضایت می‌دهم
- من رضایت نمی‌دهم

نام و نام فامیل با حروف کلان و خوانا: _____
(Print Name)

امضا: _____
(Signature)

تاریخ: _____
(Date)