

BILLING CONSENT:
PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE (Farsi)

Addressograph Stamp –

Patient Name, Medical Record Number

فرآیند صدور صورت حساب ما

از اینکه مرکز مراقبت‌های بهداشتی استنفورد (Stanford Health Care) را برای ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود انتخاب کردید، از شما متشکریم. ما می‌خواهیم مطمئن شویم که فرآیند صدور صورت حساب ما را درک می‌کنید. ما فرآیند زیر را دنبال می‌کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که مطالبات شما به درستی و به موقع پرداخت می‌شود.

اگر بیمه دارید:

- ابتدا بیمه شما را به‌عنوان صورت حساب صادر می‌کنیم. هرگونه فرانشیز/بیمه مشترک/پرداخت مشترک به عهده بیمار/مسئولیت ضامن است.
- اگر بیمه ثانویه دارید، پس از صدور صورت حساب بیمه اولیه شما برای بیمه ثانویه شما، هرگونه مسئولیت تلقی شده بیمار/مسئولیت ضامن مربوط به فرانشیز/بیمه مشترک/پرداخت مشترک را به‌عنوان صورت حساب برای شما صادر می‌کنیم.
- اگر بیمه ثانویه شما نیز دارای فرانشیز/بیمه مشترک/پرداخت مشترک باشد، پس از رسیدگی و پرداخت مطالبه توسط بیمه ثانویه شما، این موارد را برای مسئولیت ضامن به‌عنوان صورت حساب صادر می‌کنیم.
- شما یک نسخه از توضیحات مزایا (EOB) را از بیمه خود دریافت خواهید کرد هنگامی که شرکت بیمه درخواست‌های مطالبات را رسیدگی/پرداخت می‌کنند. لطفاً بررسی کنید و آن‌ها را برای سوابق نزد خود نگه دارید. نحوه رسیدگی به این مطالبه و این که آیا و چرا شما مسئولیتی دارید را توضیح خواهد داد.

*اگر سؤالی در مورد پوشش و مزایای خود دارید یا این که چرا در قبال یک مطالبه مسئولیت دارید، لطفاً برای شفاف‌سازی بیشتر با بیمه خود تماس بگیرید. لطفاً توجه داشته باشید که رسیدگی به برخی مطالبات نسبت به سایر موارد زمان بیشتری طول می‌کشد. در برخی موارد، در صورت عدم پرداخت صحیح مطالبات، ما باید درخواست تجدید نظر را به بیمه ارسال کنیم.

اگر بیمه ندارید:

- شما برای خدمات دریافتی، صورت حساب خواهید گرفت.
- اگر در مورد صورت حساب خود سؤالی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر، با بخش خدمات مشتریان (Customer Service Department) ما با شماره 3720-549 (800) تماس بگیرید.

مهم است که اطلاعاتی که ما در پرونده داریم، از جمله آدرس، شماره تلفن و شماره‌های تلفن همراه، اطلاعات جمعیتی و بیمه، کنونی و دقیق باشد. لطفاً در صورت وجود هرگونه تغییرات در اطلاعات شما، به مسئول پذیرش اطلاع دهید تا بتوانیم سوابق شما را مطابق با آن به‌روزرسانی کنیم.

رضایت‌نامه برای صورت حساب - اجازه برای تماس پیامک یا به تلفن همراه

با امضا در قسمت زیر، شما تصدیق 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 شماره‌گیر خودکار تلفن و/یا ارسال پیام‌های از پیش ضبط‌شده 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 ملزم به امضای این رضایت‌نامه به عنوان شرط دریافت خدمات در مرکز مراقبت‌های بهداشتی استنفورد 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 شماره تلفن همراه ارائه شده به ما را رها کنید یا تغییر دهید، به ما اطلاع دهید. برای اطمینان از رسیدگی به موقع، 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 خانوادگی: _____
(Print Name)

امضا: _____
(Signature)

تاریخ: _____
(Date)