

**BILLING CONSENT- PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE**

(Vietnamese)

**Quy Trình Lập Hóa Đơn Của Chúng Tôi**

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn Stanford Health Care làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi muốn chắc chắn rằng quý vị hiểu rõ quy trình lập hóa đơn của chúng tôi. Chúng tôi thực hiện theo quy trình bên dưới để đảm bảo rằng các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm (claim) của quý vị được chi trả đúng và kịp thời.

**Nếu quý vị có bảo hiểm:**

- Trước tiên, chúng tôi sẽ lập hóa đơn cho hãng bảo hiểm của quý vị. Bệnh nhân/người bảo lãnh có trách nhiệm thanh toán mọi khoản khấu trừ (deductible), đồng bảo hiểm (co-insurance), đồng thanh toán (co-pay).
- Nếu quý vị có bảo hiểm thứ hai, thì sau khi đã lập hóa đơn cho hãng bảo hiểm chính của quý vị, chúng tôi sẽ lập hóa đơn cho bảo hiểm thứ hai những khoản khấu trừ/đồng bảo hiểm/đồng thanh toán mà được coi là trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân/người bảo lãnh.
- Nếu bảo hiểm thứ hai của quý vị cũng có các khoản khấu trừ/đồng bảo hiểm/đồng thanh toán, chúng tôi sẽ lập hóa đơn các khoản này cho người bảo lãnh sau khi hãng bảo hiểm thứ hai của quý vị đã xử lý và chi trả yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.
- Quý vị sẽ nhận được giấy Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB) từ hãng bảo hiểm của mình khi họ xử lý/chi trả các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm được gửi đến cho họ. Vui lòng xem xét và lưu giữ vào hồ sơ của quý vị. Giấy này sẽ giải thích việc yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm đã được xử lý như thế nào và lý do quý vị có trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản nào nếu có.

*\*Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về mức độ bảo hiểm chi trả và quyền lợi của mình hoặc tại sao quý vị phải chịu trách nhiệm với khoản nợ từ yêu cầu thanh toán, xin vui lòng liên lạc với hãng bảo hiểm của quý vị để làm rõ. Xin lưu ý rằng một số yêu cầu thanh toán cần nhiều thời gian hơn để xử lý so với các yêu cầu khác. Trong một số trường hợp, chúng tôi cần phải gửi đơn kháng nghị đến hãng bảo hiểm nếu yêu cầu thanh toán được chi trả chưa đúng.*

**Nếu quý vị không có bảo hiểm:**

- Chúng tôi sẽ lập hóa đơn các dịch vụ cho quý vị.
- Nếu quý vị có thắc mắc về hóa đơn của mình, hãy liên lạc với Phòng Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service Department) của chúng tôi ở số (800) 549-3720, thứ Hai – thứ Sáu từ 9 giờ sáng - 5 giờ chiều

Điều quan trọng là thông tin chúng tôi lưu giữ trong hồ sơ phải là thông tin hiện nay vẫn đúng và chính xác, bao gồm cả địa chỉ, số điện thoại cố định và di động, thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm của quý vị. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên ở quầy lễ tân nếu thông tin của quý vị có bất kỳ sự thay đổi nào, để chúng tôi có thể cập nhật tương ứng vào hồ sơ của quý vị.

## Chấp Thuận Thanh Toán – Cho Phép Gọi Đến hoặc Nhắn tin vào Máy Điện Thoại Di Động

Bằng việc ký tên dưới đây, quý vị xác nhận rằng:

- 1) Số điện thoại liên kết với bản ưng thuận này (xxx-xxx-xxxx) là số điện thoại di động.
- 2) Số điện thoại di động liên kết với bản ưng thuận này (xxx-xxx-xxxx) là của riêng quý vị; và
- 3) Quý vị ưng thuận cho Stanford Health Care, các đại lý, nhà thầu hoặc cơ quan thu tiền của chúng tôi được phép dùng số điện thoại này để gọi đến quý vị bằng hệ thống quay số tự động, để lại lời nhắn đã thu âm sẵn, và/hoặc tin nhắn trên số điện thoại di động này, trong phạm vi pháp lý đòi hỏi phải có sự ưng thuận này.
- 4) Quý vị hiểu rằng nhà cung cấp dịch vụ điện thoại di động của quý vị có thể tính phí dữ liệu và tin nhắn.

Quý vị không bắt buộc phải chấp thuận những điều trên như là một điều kiện để nhận được dịch vụ tại Stanford Health Care. *Quý vị có thể từ chối bằng cách chọn “Tôi không đồng ý” bên dưới. Quý vị có thể cập nhật lại quyết định của mình vào bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho chúng tôi.*

Quý vị đồng ý sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị muốn rút lại bản ưng thuận này, hay nếu quý vị từ bỏ hay thay đổi số điện thoại đã cung cấp cho chúng tôi. Nhằm đảm bảo xử lý kịp thời, cách tốt nhất để quý vị thông báo cho chúng tôi là liên lạc Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi ở số (800) 549-3720, tuy nhiên, quý vị còn có thể rút lại thông qua các cách thức hợp lý khác như thông báo bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc gửi tin nhắn trong ứng dụng My Health đến Phòng Lập Hoá đơn (Billing).

Tôi đồng ý

Tôi không đồng ý

Tên Viết In Hoa: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Chữ Ký: \_\_\_\_\_  
(Signature)

Ngày: \_\_\_\_\_  
(Date)