

**BILLING CONSENT:
PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE (Tagalog)**

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp –

Patient Name, Medical Record Number

Ang Aming Proseso ng Pagsingil

Salamat sa pagpili sa Stanford Health Care bilang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan. Gusto naming matiyak na nauunawaan mo ang aming proseso ng pagsingil. Sinusunod namin ang proseso sa ibaba para matiyak na binabayaran ng wasto at napapanahon ang iyong mga claim.

Kung mayroon kang insurance:

- › Singilin muna namin ang iyong insurance. Anumang deductible/co-insurance/co-pay ay pananagutan ng pasyente/guarantor.
- › Kung mayroon kang pangalawang insurance, sisingilin namin ang anumang deductible/co-insurance/co-pay na itinuring na pananagutan ng pasyente/guarantor pagkatapos singilin ang iyong pangunahing insurance sa iyong pangalawang insurance.
- › Kung mayroon ding deductible/co-insurance/co-pay ang iyong pangalawang insurance, sisingilin ang mga ito sa guarantor pagkatapos maproseso at mabayaran ng iyong pangalawang insurance ang claim.
- › Makakatanggap ka ng kopya ng Paliwanag ng Mga Benepisyo (EOB) mula sa iyong insurance kapag naproseso/binayaran ang mga claim na isinumite sa kanila. Mangyaring suriin at panatilihin para sa iyong mga rekord. Ipapaliwanag nito kung paano naproseso ang claim at kung paano at bakit mayroon kang anumang pananagutan.

**Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa iyong coverage at mga benepisyo o kung bakit mayroon kang pananagutan sa isang claim, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong insurance para sa pagpapaliwanag. Mangyaring tandaan na mas matagal ang pagproseso sa ilang claim kumpara sa iba. Sa ilang kaso, dapat naming ipadala ang apela sa insurance kung hindi binabayaran nang wasto ang mga claim.*

Kung wala kang insurance:

- › Ikaw ang sisingilin para sa mga serbisyo.
- › Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa iyong singil, tawagan ang aming Departamento ng Serbisyo para sa Mamimili sa (800) 549-3720, Lunes – Biyernes mula 9:00AM - 5:00PM

Mahalaga na bago at tumpak ang impormasyong pinapanatili namin sa file, kasama ang iyong address, telepono at mga numero sa mobile, demograpiko at impormasyon sa insurance. Mangyaring ipaalam sa kinatawan ng front desk kung mayroong anumang pagbabago sa iyong impormasyon para ma-update namin ang iyong mga rekord ayon sa pagkakabanggit.

Pahintulot sa Pagsingil – Permisong Pagtawag o Pag-text sa Mobile na Telepono

Sa paglagda sa ibaba, kinikilala mo na:

- 1) Ang numero ng telepono na nauugnay sa pahintulot na ito (xxx-xxx-xxxx) ay numero ng mobile na telepono.
- 2) Ang numero ng mobile na telepono na nauugnay sa pahintulot na ito ay sa iyo; at
- 3) Pinapahintulutan mo na maaari kang tawagan ng Stanford Health Care, aming mga ahente, kontratista, o ahensya ng pagkolekta gamit ang numero ng mobile na ito sa pamamagitan ng awtomatikong dialer ng telepono, mag-iwan sa iyo ng paunang na-rekord na voice message, at/o mensahe sa text sa numero ng mobile na ito, hanggang sa legal na kinakailangan ang naturang pahintulot.
- 4) Nauunawaan mo na maaaring malapat ang mga rate ng data at mensahe mula sa iyong provider ng cell phone.

Hindi mo kinakailangang pahintulutan ang nasa itaas bilang kondisyon ng pagtanggap ng mga serbisyo sa Stanford Health Care. *Maaari mong tanggihan ang pahintulot sa pamamagitan ng pagpili sa “Hindi Ko Pinapahintulutan” sa ibaba. Maaari mong i-update ang iyong desisyon anumang oras sa pamamagitan ng pag-abiso sa amin.*

Sumasang-ayon ka na abisuhan kami kung hihilingin mong bawiin ang pahintulot na ito, o kung bibitawan o babaguhin mo ang numero ng mobile na ibinigay sa amin. Para matiyak ang napapanahong pagproseso, ang aming ginustong paraan para maabisuhan mo kami ay sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa aming Departamento ng Serbisyo para sa Kustomer sa (800) 549-3720, gayunpaman, maaari mong bawiin sa pamamagitan ng iba pang makatuwirang pamamaraan kabilang ang pag-mail ng nakasulat na abiso o pagpapadala ng mensahe ng My Health Billing.

- Pinapahintulutan ko**
 Hindi Ko Pinapahintulutan

Isulat ang Pangalan: _____
(Print Name)

Lagda: _____
(Signature)

Petsa: _____
(Date)