

**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. به استثنای مواردی که ذکر شده است، ارجاع به "شما" یا "شما" به معنای مریض ذکر شده در بالا یا سرپرست یا ضامن مریض است.

اگر بیمه دارید:

- < ما اول بل را برای بیمه شما صادر خواهیم کرد. پرداخت هر نوع 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 هر نوع 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 مریض/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 هر رقم تغییر در معلومات خود موضوع را به نماینده میز پذیرش اطلاع دهید تا بتوانیم سوابق شما را مطابق با آن به روزرسانی کنیم.

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

با پور کردن نام خود و امضا در بخش ذیل، شما، امضا کننده، تأیید می کنید:

- 1 شما در مورد مخارج ما اطلاع دریافت کرداید.
- 2 نمره تماس اولیه در فایل برای مریض نام فوق یک نمره تلفن دستی است که مربوط به شماست.
- 3 شما رضایت می دهید که ما، مرکز مراقبت های صبحی استنفورد، نمایندگان، پیمانکاران یا آژانس جمع آوری معلومات ممکن است با استفاده از این نمره تلفن دستی، استفاده از شماره گیر خودکار تلفن و/یا ارسال پیام های از پیش ضبط شده و/یا پیام های متنی برای شما به این نمره تلفن دستی بگذاریم. تا حدی که چنین رضایتی از نظر قانونی لازم است.
- 4 شما درک می کنید که ممکن است نرخ داده ها و پیام ها از طرف ارائه دهنده خدمات تلفن دستی تان برای شما اعمال شود.

شما مکلف/مجبور به امضای این فورم رضایت به عنوان شرط دریافت خدمات در مراقبت های صبحی استنفورد Stanford Health Care نیستید. شما می توانید با انتخاب «موافق نیستم» در زیر از رضایت خودداری کنید. شما می توانید تصمیم خود را در هر زمان با اطلاع دادن به ما به روزسانی کنید.

شما موافقت می کنید که اگر می خواهید 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 روش های معقول از جمله ارسال یک اخطار کتبی یا ارسال پیام My Health Billing این کار را لغو کنید.

من رضایت می دهم

من رضایت نمی دهم

نام و نام فامیل: _____
(Print Name)

امضا: _____
(Signature)

تاریخ: _____
(Date)