

**BILLING CONSENT- PERMISSION TO CALL MOBILE  
PHONE - RUSSIAN****Процесс выставления счетов**

Благодарим вас за то, что выбрали Stanford Health Care в качестве поставщика медицинских услуг. Мы хотим убедиться, что вам понятен процесс выставления счетов в нашем учреждении. Мы следуем описанному ниже порядку, чтобы ваши медицинские счета правильно и своевременно оплачивались. Если иное не указано, слова «вы» и «вам/ваш» относятся к самому пациенту или попечителю / поручителю пациента.

**При наличии медицинской страховки:**

- › Сначала выставляется счет вашей страховой компании. Пациент или его поручитель несет ответственность за весь нестрахуемый минимум (deductible) / доплату (copay) / расходы по программе совместного страхования (co-insurance).
- › Если у вас имеется вторичная (дополнительная) страховка, после выставления счета основной компании мы выставим счет вторичной страховой компании за весь нестрахуемый минимум/доплату/расходы по программе совместного страхования, которые считаются ответственностью пациента или его поручителя.
- › Если ваша вторичная страховка также имеет нестрахуемый минимум / расходы по программе совместного страхования / доплату, счет за них выставляется пациенту или его поручителю после обработки и оплаты медицинского счета вторичной страховкой.
- › После обработки / оплаты счета ваша страховая компания предоставит вам копию «Разъяснения суммарной стоимости оказанных услуг» (EOB). Ознакомьтесь с документом и сохраните его у себя. В нем объясняется, как был обработан счет, есть ли у вас обязательства по его оплате и если да, то какие.

*\*При наличии вопросов о своем страховом покрытии и льготах или о своих обязательствах по оплате счета обращайтесь за разъяснениями в свою страховую компанию. Обратите внимание, что обработка одних счетов занимает больше времени, чем других. В некоторых случаях мы обязаны подавать апелляцию в страховую компанию, если счета оплачены неправильно.*

**При отсутствии страховки:**

- › Вам выставят счет за услуги.
- › Если у вас есть вопросы относительно счета, свяжитесь с отделом по обслуживанию клиентов (Customer Service Department) по телефону (800) 549-3720 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.

Важно, чтобы мы располагали точной и действительной информацией, включая ваш адрес, номер домашнего и мобильного телефонов, демографические данные и информацию о страховке. Сообщите сотруднику регистратуры, если ваши данные менялись, чтобы мы обновили наши записи.

**Согласие для целей выставления счетов:  
разрешение звонить или отправлять сообщения на мобильный телефон**

Ставя свое имя и подпись ниже, вы, нижеподписавшийся, подтверждаете, что:

- (1) Вы осведомлены о нашем процессе выставления счетов.
- (2) Номер телефона, указанный в медицинской карте вышеупомянутого пациента, является номером мобильного телефона и принадлежит вам.
- (3) Вы даете свое согласие на то, чтобы Stanford Health Care, наши представители, подрядчики или коллекторское агентство могли звонить вам по данному номеру мобильного телефона с автонабором и/или оставлять на него предварительно записанные и/или текстовые сообщения в требуемых законом случаях.
- (4) Вы понимаете, что у вашего оператора связи могут действовать тарифы на передачу данных и сообщений.

Вы не обязаны соглашаться с вышеизложенными условиями для получения услуг в Stanford Health Care. *Вы можете отказаться давать согласие, поставив отметку «Я не даю согласия» ниже. Вы также можете изменить свое решение в любое время, уведомив нас об этом.*

Вы соглашаетесь уведомить нас в случае отмены своего согласия и отказа от или изменения предоставленного ранее номера мобильного телефона. С целью своевременной обработки данных желательно уведомить нас, связавшись с отделом по обслуживанию клиентов (Customer Service Department) по телефону (800) 549-3720, однако вы также можете отозвать уведомление другим приемлемым способом, в т.ч. пошлав письменное уведомление по почте или сообщение в портале My Health ( раздел «Billing»).

- Я даю согласие.**  
 **Я не даю согласия.**

Фамилия и имя печатными буквами: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Подпись: \_\_\_\_\_  
(Signature)

Дата: \_\_\_\_\_  
(Date)