

Comprehensive Community Health Centers, Inc.

ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ՀԻՎԱՆՆԻ ՄԱՍԻՆ

Բարի գալուստ մեր գրասենյակ: Մեր պարտականությունն է Ձեզ ապահովել հնարավոր լավագույն բուժօգնությամբ: Դուք կարող եք Ձեր հարցերն ուղղել մեզ: Խնդրում ենք օգնել մեզ՝ տրամադրելով հետևյալ տեղեկությունները: Ողջ տեղեկատվությունը գաղտնի է և բացահայտվում է միայն Ձեր համաձայնությամբ:

Սոցիալական ապահովագրության համար
-- --

Այսօրվա ամսաթիվը
[] [] []

Խնդրում ենք տպել

Հիվանդի ազգանունը		Հիվանդի անունը		Ծննդյան ամսաթիվ		Ամուսնական կարգավիճակ		Սեռ		
						Չամ. Ամ. Ամ-լուծ. Այրի				
Բնակության հասցե			Քաղաք		Նահանգ		Փոստային ինդեքս		Ամուսնու/կնոջ անունը	
Բնակարանի հեռախոս			Աշխատանքային հեռախոս			Բջջային հեռախոս			Վարորդական իրավունք	
Նախընտրելի լեզու					Էլեկտրոնային հասցե					

Խնդրում ենք պատասխանել ստորև նշված երկու հարցերին:

Ազգային պատկանելություն: Դուք իսպանախոս/լատինաամերիկյան ծագում ունե՞ք: Այո Ոչ

Ռասայական պատկանելություն: Նշեք բոլոր կիրառելի պատասխանները:

- Սպիտակամորթ
- Սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
- Ասիացի
- Ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի
- Բնիկ հավայացի
- Խաղաղօվկիանոսյան այլ կղզիաբնակ
- Հրաժարվում եմ պատասխանել
- Այլ _____

Ունե՞ք թարգմանչի կարիք՝ անգլերենով հաղորդակցվելու համար: Այո Ոչ

Դուք վետերան՞ եք: Այո Ոչ

Դուք անօթևան ՞ եք: Այո Ոչ Դուք ուսանող եք: Այո (ստացիոնար)
 Այո (հեռակա)
 Ոչ

Զբաղվածություն	Գործատուի անուն
----------------	-----------------

Այլ լիազոր անձ (անձինք), ովքեր կարող են ուղեկցել անչափահասներին:	Հեռախոսահամար
--	---------------

Առաջնային բուժօգնության բժշկի անունը	Ո՞վ է Ձեզ ուղղորդել մեր գրասենյակ:
--------------------------------------	------------------------------------

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԾՏԱՊՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ` Նշեք մեկ անձին, ով չի բնակվում Ձեզ հետ:

Անուն		Կապը Ձեզ հետ			
Բնակության հասցե		Քաղաք		Փոստային ինդեքս	
Բնակարանի հեռախոս		Աշխատանքային հեռախոս			

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ` Անձ, որը պատասխանատու է բոլոր վճարների համար **ԿԱՄ** հիմնական ապահովագրվողն է:

Բաժանորդի ազգանուն		Բաժանորդի անուն		Հարաբերությունը հիվանդի հետ		Ծննդյան ամսաթիվ		
Հասցե		Քաղաք		Նահանգ		Փոստային ինդեքս		
Բժշկական ապահովագրության ընկերության անունը			Ծննդյան ամսաթիվ		Համար		Սոցիալական ապահովագրության համար	
Ատամնաբուժական/ակնաբուժական ապահովագրություն			Ծննդյան ամսաթիվ		Համար		Սոցիալական ապահովագրության համար	

ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ Դուք վնասվել եք աշխատավայրո՞ւմ: ԱՅՈ ՈՉ Տեղեկացրե՞լ եք գործատուին: ԱՅՈ ՈՉ

Ապահովագրական ընկերության անուն	Ապահովագրության վկայականի համար	Հասցե
---------------------------------	---------------------------------	-------

ԳՐԱՄԵՆՅԱԿԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Medicare և մասնավոր ապահովագրություն ունեցող հիվանդների համար: Մենք ծախսերը գանձում ենք ապահովագրական գրեթե բոլոր ընկերություններից, եթե մեզ տրամադրվում են պատշաճ փաստաթղթեր: Գանձումները կկատարվեն նաև երկրորդային ապահովագրական ընկերություններից: Համավճարները և կանխավճարները պետք է կատարվեն ծառայության պահին: Քանի որ Ձեր համաձայնագիրը ապահովագրական ընկերության հետ գաղտնի է, մենք սովորաբար չենք պարզում, թե ինչու ապահովագրողը չի վճարել բուժօգնության համար կամ ինչու է վճարել ավելի քիչ, քան նախատեսվում էր: Եթե ապահովագրական ընկերությունը վճարումը չի կատարում հաշիվը ներկայացնելուց հետո 60 օրվա ընթացքում, ապա մասնագիտական վճարները ամբողջության պետք է վճարվեն Ձեր կողմից:

Medicaid ունեցող հիվանդները: Medicaid ունեցող բոլոր հիվանդները նախքան ստուգվելը պետք է ներկայացնեն վավեր նույնականացման քարտ:

Չվճարված ծառայություններ:

Ցանկացած տեսակի բուժօգնության համար, որը չի վճարվել մեր գործող ապահովագրության, համավճարների, նվազեցման ենթակա վճարների կողմից, ինչպես նաև չապահովագրված վիրաբուժական միջամտությունների համար անհրաժեշտ է ամբողջությամբ վճարել ծառայության պահին: Առողջության պարբերական կանխարգելիչ ստուգումը և/կամ այլ ծառայությունների ծախսերը կարող են փակվել կամ չփակվել առողջական ապահովագրության կողմից: Այնուամենայնիվ, դրանք կարող են պահանջվել Ձեր բժշկի կողմից:

Medicare հիվանդներ: Ստորագրել թերթիկի վրա: Խնդրում եմ լիազորված Medicare-ի նպաստները իմ անունից վճարել Comprehensive Community Health Centers, Inc.-ին՝ նշված մատակարարի կողմից ինձ մատուցված ցանկացած ծառայությունների դիմաց: Թույլ եմ տալիս իմ մասին բժշկական տեղեկատվության ցանկացած կրողի՝ տրամադրել ցանկացած անհրաժեշտ տեղեկատվություն՝ Առողջապահության ֆինանսավորման վարչությանը և դրա գործակալներին՝ որոշելու այս նպաստները կամ առնչվող ծառայությունների համար կատարվող վճարները:

Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը վճարում կատարելու հայց է և լիազորում է ներկայացնել բժշկական տեղեկատվություն, որն անհրաժեշտ է հայտը բավարարելու համար:

Եթե HCFA-1500 ձևի 9-րդ կետում, այլ հաստատված ձևաթղթերում կամ ընդունված էլեկտրոնային հայցերում նշվում է «այլ առողջապահական ապահովագրություն», իմ ստորագրությունը լիազորում է տեղեկատվություն տրամադրել նշված ապահովագրողին կամ գործակալությանը: Medicare-ին վերաբերող դեպքերում մատակարարը համաձայնում է Medicare-ի ապահովագրողի որոշած գանձումների չափը որպես ամբողջական գանձում, և հիվանդը պատասխանատու է միայն կանխավճարի, համատեղ ապահովագրության և այն ծառայությունների համար, որոնց ծախսերը չեն փակվել:

Հիվանդի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Ապահովագրական արտոնությունների լիազորում

Մույնով լիազորում եմ իմ բոլոր բժշկական և/կամ վիրաբուժական արտոնությունները, ներառյալ խոշոր բժշկական արտոնությունները, որ ստանում եմ, մասնավոր ապահովագրությունը և ցանկացած այլ առողջապահական ծրագրերը Comprehensive Community Health Centers, Inc.-ին: Այս հայտարարությունն ուժի մեջ է, քանի դեռ գրավոր կերպով անվավեր չի ճանաչվել իմ կողմից: Այս հայտարարության պատճենը համարվում է վավեր, ինչպես բնօրինակը: Ես հասկանում եմ, որ ես ֆինանսապես պատասխանատու եմ բոլոր վճարումների համար՝ անկախ նրանից, թե դրանք կփակվեն ապահովագրության կողմից, թե ոչ: Մույնով լիազորում եմ նշված լիազորին տրամադրել ողջ տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է վճարումը ապահովելու համար:

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

Ես կարդացել եմ, հասկանում եմ և համաձայն եմ այս ձևաթղթի հետևանատում նշված մասնագիտական վճարների մարման ֆինանսական քաղաքականության հետ: Ես գիտակցում եմ, որ պատասխանատու եմ բոլոր մասնագիտական վճարների համար: Իմ ստորագրությունը նաև տալիս է իմ համաձայնությունը բժշկական/ատամնաբուժական/հոգեկան առողջության բուժման համար: Ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ հրաժարվել ծառայությունների ցանկացած մասից:

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____