Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Burmese

Patient Label Box

ငွေကြေးဆိုင်ရာ တာဝန်ရှိမှုသဘောတူညီချက်

(Medicare အပိုင်း A သို့မဟုတ် B နှင့် တွဲဖက်အသုံးပြုရန် မဟုတ်ပါ)

အသိပေးစာပါ ရက်စွဲ *(Notice Date)*- _____

ဝန်ဆောင်မှု (များ) *(Service(s))*- _____

_____

_____

အရေးပေါ် မဟုတ်သည့် အထက်ပါဝန်ဆောင်မှု (များ) သည် အောက်တွင် ဖော်ပြထားသော အကြောင်း (များ) ကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်နှင့် အကျုံးဝင်နိုင်မည် (က ပေးချေမည်) မဟုတ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်-

- ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်ကွန်ရက်ပြင်ပတွင် ရှိနေသည့် Advocate Aurora Health, Inc. (“AAH”) သည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခြင်းမရှိပါ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်အတွက် အမြင့်ဆုံးအကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးအပ်သည့် ကွန်ရက်ရွေးချယ်မှု၏တစ်စိတ်တစ်ဒေသလည်း မဟုတ်ပါ။ ကျွန်ုပ်၏ဝန်ဆောင်မှု(များ) အတွက် ကျသင့်ငွေကို လျှော့ချထားသော နှုန်းထားဖြင့် ပေးဆောင်နိုင်သည် သို့မဟုတ် အကျုံးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုအဖြစ် ငြင်းဆိုခြင်းခံရနိုင်သည် သို့မဟုတ် ယင်းအတွက် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ကို ကျွန်ုပ်၏အစီအစဉ်ထဲမှ တောင်းဆိုရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ AAH ကို ကျွန်ုပ်၏ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အသုံးပြုခြင်း သည် ဆေးကုသမှုအတွက် ကျသင့်ငွေကို ကျွန်ုပ်ဘက်က အများဆုံးစိုက်ထုတ်ကျခံပေးရမည့် သဘောမဟုတ်ပါ။ ကျသင့်ငွေအပြည့်အဝကို စိုက်ထုတ်ကျခံပေးရမည့် အဓိပ္ပာယ်ဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏အာမခံခွင့်ပြုချက်ကို အတည်ပြုခဲ့ခြင်းမရှိပါ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်း (Health Maintenance Organization, HMO) တွင် စာရင်းသွင်းထားမှုအရ အထူးကုဆရာဝန်ထံတွင် ပြသရန်အတွက် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်က လွှဲပြောင်းပေးမှုကို အတည်ပြုပေးခဲ့ခြင်းမရှိပါ။
- ကျွန်ုပ်၏အာမခံကုမ္ပဏီက ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်ခဲ့သော အချက်အလက်များအပေါ် အခြေခံကြည့်မည်ဆိုပါက ဝန်ဆောင်မှုရယူရန်/ဆရာဝန်ပြသရန်အတွက် ကျွန်ုပ်အား ခွင့်ပြုထားသော အကြိမ်ရေကို ကျော်လွန်သွားပြီဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်စီစဉ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှု (များ) အတွက် အာမခံအကာအကွယ်မပေးတော့ရန် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်က ဆုံးဖြတ်လိုက်ပြီဖြစ်ပါသည်။
- ဆေးကုသမှုအတွက် လိုအပ်စေကာမူ ၎င်းတို့ကို စုံစမ်းစစ်ဆေးရမည်ဖြစ်သော/စမ်းသပ်လေ့လာရဦးမည်ဖြစ်သော/သက်သေပြနိုင်ခြင်းမရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများအဖြစ် ကျွန်ုပ်၏အာမခံအစီအစဉ်က ယူဆမည်ဖြစ်ပြီး အာမခံအကာအကွယ်ပေးတော့မည်မဟုတ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။
- အခြား (ဖော်ပြပေးပါ) *(other reason(s) why service(s) may not be covered)*- _____

ဤဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်လက်ရယူခြင်းအားဖြင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ တာဝန်ရှိမှုအား အပြည့်အဝ လက်ခံပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်အား စွန့်လွှတ်သည့် ဤစာသည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်မှ အကျိုးခံစားခွင့်များဆိုင်ရာ ရှင်းလင်းချက်ပါ လူနာဆိုင်ရာ တာဝန်ကြေညာချက်အား အစားထိုးပါမည်။

_____ _____ _____

နေ့စွဲ *(Date)* အချိန် *(Time)* မိဘ/အာမခံသူ လက်မှတ် *(Patient/Guarantor Signature)*

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

လက်မှတ်ရေးထိုးအတည်ပြုထားသည့် ဤဖောင်ပုံစံကို AAH က လက်ခံရရှိခြင်းမရှိသေးသရွေ့၊ ကျသင့်ငွေခန့်မှန်းချက်ကို လူနာဘက်က ပေးချေမှုမပြုသေးသရွေ့ ဝန်ဆောင်မှုများပြုလုပ်ရန် ရက်ချိန်းကို စီစဉ်ပေးနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေရေးကြေးရေးရှေ့နေများ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ 800-326-2250 WI သို့မဟုတ် 847-795-2300 IL.