

اتفاقية مالية وموافقة على التصريح بالمعلوما FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE

By signing below, I agree:

بالتوقيع أدناه، أنا أوافق على :

1. أن فروع جامعة واشنطن : مركز و عيادات هاربرفيو الطبية و مستشفى و عيادات و المركز الطبي لنورث وست و المركز الطبي و العيادات لجامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي و العيادات الطبية المجاورة لجامعة واشنطن و العيادة الرياضية الطبية لجامعة واشنطن و مركز الرعاية الأولية للباحة الصحية و أطباء جامعة واشنطن (متعارف عليهم "طبابة جامعة واشنطن") و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية يمكن أن يشاركوا في أي معلومة مالية أنا أقدمها لتسهيل الدفع.
2. أن أدفع لجامعة واشنطن الطبية و المركز الطبي و عيادات فالي و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية الحساب المتبقي بعد استهلاك فوائد التأمين إلا إذا كانت ممنوعة من قبل القانون أو العقد.
3. اعلام طبابة جامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية بالتغييرات حول تأميني و أ عنواني.
4. بأن طبابة جامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية ممكن أن يفرضوا كلفة الدفع المتأخر و أ كلفات محامي مقبولة بحال لم أقم بدفع واجباتي المالية.
5. اعلام المركز الطبي و عيادات فالي و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية إذا كنت غير قادر على دفع حسابي المستحق خلال 30 يوما من إصدار الفاتورة.
6. تقديم طلب لبرامج مالية أخرى تناسب حالتي بناء على طلب المركز الطبي و عيادات فالي و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن و مجموعة جامعة الأطفال الطبية و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية، بحال أصبحت غير قادر على دفع حسابي.
7. أن أي دعوة قضائية للحصول على المال الغير مدفوع أن تكون في مقاطعة كينغ، واشنطن.
8. استلام أي معلومات لها صلة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، ما يشتمل على استلام رسائل تليفونية مرقمة و مسجلة مسبقا و أ رسائل خطية على أي رقم أنا قدمته أو، إذا كان الرقم غير حالي، فأي رقم توجد لي علاقة ممكنة به.
9. أن طبابة جامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي تستطيع، من غير قيد أو شرط ، التصريح لأطراف مختصة عن تقاريري الطبية أو معلومات من تقارير علاجي و الدفع و أهداف عملية رعايتي الصحية، مثلاً شركة تأميني لغايات الدفع.

I understand that:

أنا أدرك أن :

- كل فرع طبابة تابع لجامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي (VMC) و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن (SOD) و مجموعة جامعة الأطفال الطبية (CUMG) و أ حلف سيائل لرعاية الأمراض السرطانية (SCCA) يرسلون فاتورة منفصلة لخدماتهم.
- المرضى الذين يتلقون خدمات مرضية خارجية في المركز و العيادات الطبية لجامعة واشنطن (UWMC) أو مواقع مركز و عيادات هاربرفيو الطبية (HMC) و بعض مواقع المركز الطبي و عيادات فالي (VMC) عامة يستلمون فاتورتين: فاتورة من الطبيب أو معالج اخر (حول كلفة الخدمات المهنية) و فاتورة أخرى من المستشفى (لكلفة المستشفى مثلا: المبنى، المعدات، اللوازم، وقت الموظفين). كل فاتورة من هذه الفواتير ممكن أن تتطلب تحمل مسؤولية مشاركة في الدفع أو تحمل جزء من فاتورة التأمين حسب تغطية التأمين الخاص بي. المبلغ الدقيق من المشاركة للتأمين في الدفع و الدفع الجزئي سوف يعتمد على الخدمات الفعلية الموفرة و احتياجات التغطية لأي تأمين لدي. في بعض الأحيان فإن المرضى سوف يدفعون أكثر لخدمات و إجراءات مرضى خارجية و محددة في أماكن إستشفاء للمرضى الخارجيين. المبلغ يعتمد على التأمين الذي لدي. من الممكن أن أراجع فواتر تأميني أو أتصل بوكيل التأمين لدي لفهم سياسة الدفع و الكلفة الواجب علي دفعها من جيبتي. بناءً على طلبتي، فإن العيادة أو موظفي المستشفى سوف يزودوني بتقييم حول كلفة فاتورة خدمات المرضى الخارجية التي ممكن أن تصلني.
- طبابة جامعة واشنطن و المركز الطبي و عيادات فالي (VMC) تتطلب رقم الضمان الإجتماعي و بحال أنا وفرتة فهو يسهل الوصول لأي فواتر رعاية صحية ممكنة، إن كانت فدرالية أو تابعة للمقاطعة، أو للتحقق من هويتي أو لتسهيل عملية الإنصراف. إن توفير لي لرقم الضمان الإجتماعي هو تطوعي إلا إذا أردت تقديم طلب فواتر رعاية صحية من المقاطعة أو فدرالي.
- يمكن سحب تقرير عن معلومات رصيدي الاستهلاكي للأسباب التالية: العمل على إيجاد مساعدة مالية متوفرة أو المساعدة في إدارة عملية الدفع، أو إذا بلغت أن هويتي قد سُرقت.
- ربما تصلك فواتير إضافية من أطباء قدموا لك العلاج نتيجة زيارتك لعيادتنا أو المرضى الخارجيين، أو للمستشفى. بعض هؤلاء الأطباء لديهم عقود مع المركز الطبي و عيادات فالي بينما البعض الآخر فهم مستقلون في عياداتهم الخاصة. مثلاً، ربما تصلك فواتير منفصلة من:

201192

Patient Label

اتفاقية مالية وموافقة على التصريح بالمعلوما
FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE

- اختصاصيين في علم الأمراض (Pathologists) أو أطباء الأشعة (Radiologists) أو أطباء القلب (Cardiologists) أو أطباء مختبر (PACLAB).
- يطلب تسديد المشاركة في الدفع عند الدخول. الرجاء معرفة المبلغ المتوقع للمشاركة في الدفع و تحضير الدفعة عند المجيء. المرضى الغير جاهزين للدفع في موعد الزيارة سوف يطلب منهم أخذ موعد في يوم اخر إلا في حال حصول ظرف طبي طارىء أو ستكلف مبلغ \$ 30 كلفة الفاتورة.
- نقبل الدفع بالشيك أو الفيزا أو الماستر كارت و أو على موقعنا على www.valleymed.org الدفع النقدي أصبح غير مقبول لدواعي أمنية. سوف نقدم فواتير لكل الدفعات. الرجاء الاحتفاظ بهذه الفاتورة لسجلاتك.
- إذا لم يوجد لديك تغطية من التأمين أو إخترت عدم إستخدام تأمينك في هذه الزيارة، من المتوقع دفع عربون وقت الخدمات. سوف يقدم لك حسم 40% لزيارتك عندما يحصل الدفع في موعد الخدمة. تذكر ان الخدمات المعطاة خارج الفروع لن تكون مشتملة (أنظر الخدمات الاضافية في الأعلى)
- قيمة العربون على الشكل التالي: طبيب العائلة و عيادات الرعاية المستعجلة: \$125
عيادات رعاية مختصة: \$140
- في حال أنا كنت الموقع كوكيل عن المريض، فأنا شخصياً أتحمل مسؤولية اتعاب المريض.

وثيقة تسمح بدفع مديكير أو فوائد التأمين لمقدم العلاج

Statement to Permit Payment of Medicare or Insurance Benefits to Provider

أنا أطلب دفع مديكير أو فوائد التأمين المفوضة لأي خدمات تقدم لي من قبل طبابة جامعة واشنطن أو مركز فالي الطبي (VMC) و كلية طب الأسنان في جامعة واشنطن (SOD) و مجموعة جامعة الأطفال الطبية (CUMG) و أو حلف سياتل لرعاية الأمراض السرطانية (SCCA). أنا أسمح لكل من لديه معلومات طبية أو معلومات أخرى عني أن يقدمها لمديكير [ووكلائها] أو أي شركة تأمين أخرى وأن يقدم أي معلومات ضرورية لتحديد هذه الفوائد للخدمات ذات الصلة.

التوقيع (مقدم الطلب المخول لإعطاء تفويض)	التاريخ Date
Signature (Petitioner Person Authorized to give authorization)	
إذا وقع من قبل شخص اخر، إختار المربع المناسب عن علاقتك بالمريض:	
<p>If signed by person other than Patient, check Relationship to Patient:</p> <p>3 <input type="checkbox"/> الزوج / شريك في السكن مسجل Spouse/registered domestic partner</p> <p>6 <input type="checkbox"/> أخ(أخوة)راشدين/ أخت(أخوات) راشدين Adult Brother(s)/sister(s)</p> <p>FOR MINOR PATIENTS:</p> <p>3 <input type="checkbox"/> الأهل\ والدة) Parent(s)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> وصي Guardian</p> <p>4 <input type="checkbox"/> ابن (أبناء)راشدين Adult Child(ren)</p> <p>مرضى تحت السن:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> وصي/وصي قانوني Guardian / Legal guardian</p>
<p>2 <input type="checkbox"/> شهادة تحت القسم للرعاية الصحية Durable power of Attorney for health care</p> <p>5 <input type="checkbox"/> الأهل والدة) Parent(s)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> شخص مفوض من المحكمة للأطفال Court-authorized person for child</p>	

FOR STAFF USE ONLY:

I have offered information about our Financial Assistance Policy to the patient/and or guardian

Yes

No

201192

Patient Label