



ဆင်းရဲဒုက္ခမြိုင်သုံးသပ်ချက်

ဆင်းရဲဒုက္ခအတွက်လျှော့ဈေးလျှောက်လွှာအကျိုးဝင်မှုကိုဆုံးဖြတ်ရန် ဤလျှောက်လွှာတွင်တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်များကိုအသိပေးပါသည်။ ဆင်းရဲဒုက္ခအတွက်လျှော့ဈေးအစီအစဉ်သည် ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အကူအတွက် ဝင်ငွေကန့်သတ်ချက်ထက်ကျော်လွန်သော အာမခံရှိသည့်လူနာများ သို့မဟုတ် အာမခံမရှိသည့်လူနာများအတွက် ဖြစ်သည်။ အကျိုးဝင်မှုကို Atrium Health ၌ရရှိသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်ပေးချေစရာလက်ကျန်ငွေများနှင့် လူနာ၏အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေတို့ကို နှိုင်းယှဉ်ချက်အပေါ်အခြေခံထားပါသည်။

ဆင်းရဲဒုက္ခအတွက်လျှော့ဈေး လျှောက်ထားရန်အတွက် သတ်မှတ်ချက်များ

ဆင်းရဲဒုက္ခအတွက်လျှော့ဈေး ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးရန် လူနာများသည် အောက်ပါသတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီရပါမည်-

- မြောက်ကာရိုလိုင်းနား၊ တောင်ကာရိုလိုင်းနား၊ ဂျော်ဂျီယာ သို့မဟုတ် အာလဘားမားတွင် နေထိုင်သူများ
- လူနာသည် ဆင်းရဲဒုက္ခအခက်အခဲပြန်လည်စစ်ဆေးသည့်လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် အပြည့်အဝပူးပေါင်းလုပ်ကိုင်ရပါမည်။ လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ရန် နောက်ထပ်အချက်အလက်များနှင့်/ သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများလိုအပ်ပါက၊ လိုအပ်သည့်အရာများနှင့် ၎င်းတို့ကိုတင်သွင်းရန်နောက်ဆုံးရက်စွဲတို့ကို လူနာအားအသိပေးသည့် စာတစ်စောင်စာတိုက်မှပေးပို့ပါမည်။ တောင်းဆိုထားသည့်အချက်အလက်များကို သတ်မှတ်ထားသည့်နောက်ဆုံးရက်တွင်မရရှိပါက လူနာသည် လျှော့ဈေးအတွက် အကျိုးဝင်မည် မဟုတ်ပါ။

မျှော်လင့်ထားရမည့်အရာများ- အကျိုးဝင်မှုပြန်လည်စစ်ဆေးသည့် လုပ်ငန်းစဉ်

Atrium Health ရှိ ကျန်းမာရေးအကာအကွယ် အထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများဌာနက လျှောက်လွှာလက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲမှစ၍ အကျိုးဝင်မှုကို အချိန်မီဆုံးဖြတ်ပါမည်။ အကျိုးဝင်မှုပြန်လည်စစ်ဆေးပြီးသည်နှင့် ခွင့်ပြုချက်ရသည် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခံရသည်ကို အသိပေးရန် လူနာအား စာတစ်စောင် ပေးပို့ပါမည်။

ဤပုံစံရှိ စာမျက်နှာ ၃ ခုလုံးကို ဖြည့်ပါ။ ဤပုံစံကို အပြည့်အစုံဖြည့်ခြင်းက ပြန်လည်စစ်ဆေးသည့် လုပ်ငန်းစဉ်တွင် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာခြင်း မရှိစေရန် အထောက်အကူပြုပါမည်။

| လူနာ၏အချက်အလက်များ | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| လူနာ၏အမည် | ဆိုရှယ်စကျူရီတီနံပါတ် | မွေးနေ့သက္ကရာဇ် | စာရင်းနံပါတ် |

| လျှောက်ထားသူဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| လျှောက်ထားသူ၏အမည် | လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ | ဆိုရှယ်စကျူရီတီနံပါတ် | မွေးနေ့သက္ကရာဇ် | အိမ်ထောင်ရေးအနေအထား |
| လိပ်စာ | မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ် | | | |
| အိမ်ဖုန်းနံပါတ် | ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ် | အရေးပေါ်အခြေအနေ၌ ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည် | | အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူဖုန်းနံပါတ် |
| အလုပ်ရှင်အမည် | အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ | | အလုပ်ဖုန်း | |

မှတ်ချက်- သင်စာလက်ခံရရှိသည့်လိပ်စာသည် သင်နေသည့်လိပ်စာနှင့် မတူပါက အောက်ပါ 'စာထည့်ရန်လိပ်စာ' အချက်အလက်ကို ဖြည့်ပါ

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| စာထည့်ရန်လိပ်စာ | မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ် |
|-----------------|-----------------------------|

| | | | | |
|---|----------------------------------|---------------|--|---------------------|
| ကျန်းမာရေးအာမခံအချက်အလက်များ <input type="checkbox"/> လူနာသည် မည်သည့်နေရာထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအကာအကွယ် မရရှိပါက ဤအကွက်တွင် အမှတ်အသားပြုပါ | | | | |
| ကျန်းမာရေးအာမခံပေးသူ | ကျန်းမာရေးအာမခံစာချုပ်ရှိသူ အမည် | စာချုပ်နံပါတ် | အုပ်စုနံပါတ် | သက်ရောက်သည့် ရက်စွဲ |
| လွန်ခဲ့သည့် ရက် ၆၀ အတွင်းက ဤအိမ်ထောင်စုဝင်သည် အလုပ်ပြုတ်ခဲ့ပါသလား။ | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | |
| ၎င်းသည် COBRA ရွေးချယ်ရန် အသိပေးချက် ရရှိခဲ့ပါသလား။ | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | |
| ၎င်းသည် COBRA အာမခံအကာအကွယ် ရွေးချယ်ခဲ့ပါသလား။ | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | |
| ၎င်းသည် COBRA အာမခံအကာအကွယ် မရွေးချယ်ခဲ့ပါက တစ်ခုကို အမှတ်အသားပြုပါ <input type="checkbox"/> COBRA လစဉ်ကြေးကဈေးများလွန်းသည် <input type="checkbox"/> အာမခံအကာအကွယ်အသစ်ရှိ | | | | |

| အိမ်ထောင်စုဝင်များကို အောက်တွင်ဖော်ပြပါ | | | | |
|---|-----------------------|-----------------|----------------------|--|
| အမည် | ဆိုရှယ်စကျူရီတီနံပါတ် | မွေးနေ့သက္ကရာဇ် | လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ | |
| ၁ | | | | |
| ၂ | | | | |
| ၃ | | | | |
| ၄ | | | | |
| ၅ | | | | |
| ၆ | | | | |

မှတ်ချက်- ဤပုံစံ၏ စာမျက်နှာ ၃ ရှိ 'မှတ်ချက်များ' အပိုင်းတွင် နောက်ထပ်အိမ်ထောင်စုဝင်များကို ဖော်ပြပါ။

| လစဉ်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ | | |
|--|--|---|
| ဝင်ငွေအမျိုးအစား | လျှောက်လွှာတင်သူ၏ လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ | လျှောက်လွှာတင်သူ၏ ဇနီးခင်ပွန်း၏ လစဉ် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ |
| အလုပ်အကိုင်မှဝင်ငွေ | \$ | \$ |
| အငြိမ်းစား/ပင်စင်/ဆိုရှယ်စကျူရီတီ အငြိမ်းစား | \$ | \$ |
| မသန်မစွမ်းဖြစ်မှုအတွက် ဆိုရှယ်စကျူရီတီဝင်ငွေ | \$ | \$ |
| အလုပ်လက်မဲ့ထောက်ပံ့ကြေးဝင်ငွေ | \$ | \$ |
| ကလေးစရိတ်/လင်စရိတ်မယားစရိတ် | \$ | \$ |
| အခြား (မည်သည့်နေရာမှ ရရှိကြောင်းကို ဤနေရာတွင်ဖော်ပြပါ _____) | \$ | \$ |

ပံ့ပိုးမှုဆိုင်ရာထွက်ဆိုချက်

ကျွန်ုပ်သည် လွန်ခဲ့သည့် _____ နှစ် / _____ လကြာ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်နေခဲ့ကြောင်း သက်သေထွက်ဆိုပါသည်။ အလုပ်လက်မဲ့ ဖြစ်ခြင်း၏ အကျိုးဆက်အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် (လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ= _____) _____ ထံမှ အစားအစာ၊ နေစရာနှင့် အဝတ်အစားများ ရရှိပါသည်။

ဝန်ခံချက်နှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးချက်များ

ဤလျှောက်လွှာတွင်ပေးထားသည့်အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်အကောင်းဆုံးသိသမျှ စစ်မှန်တိကျကာ စုံလင်ကြောင်း သက်သေခံပါသည်။ ပေးထားသည့် အချက်အလက် တစ်စုံတစ်ရာကို အတည်ပြုရန်အတွက် ကျွန်ုပ်သည် ဆေးရုံအား မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်၊ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းမဆိုထံ ဆက်သွယ်ခွင့်ပြုပြီး ထိုပုဂ္ဂိုလ်၊ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား ဆေးရုံကတောင်းဆိုသည့် မည်သည့်ငွေရေးကြေးရေး အချက်အလက်ကိုမဆို ထုတ်ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်

ရက်စွဲ

ဖြည့်စွက်ထားသည့်လျှောက်လွှာကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ စာတိုက်မှပို့ပါ-
Atrium Health Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

မှတ်ချက်များ-

Blank area for notes with horizontal lines.