



Medina Surgery Center

طلب تقييد الإفصاح عن المعلومات لخدمة التأمين الصحي للعناصر أو الخدمات المدفوعة قيمتها بالكامل

أنا، _____، أطلب من Medina Surgery Center حجب المعلومات المتعلقة بعنصر (عناصر) أو خدمة (خدمات) الرعاية الصحية التالية عن شركة التأمين/خطني الصحية _____ (الاسم) لأغراض السداد. العنصر (العناصر)/الخدمة (الخدمات) التي أختار عدم الإفصاح عنها لخدمة الرعاية الصحية لدي هي:

أفهم أنني سأكون مسؤولاً عن سداد قيمة هذه الخدمات بالكامل في غضون **30 يوماً** من استلام بيان الفواتير. وأفهم أيضاً أنه باختياري الدفع مقابل هذه الخدمات، فإنني لست مؤهلاً لأي برنامج مساعدات مالية.

أفهم أنني مسؤول عن إبلاغ مقدمي الخدمات الإضافيين أو مقدمي خدمات المتابعة بطلبي للتقييد. أفهم أنه قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إذا اقتضى القانون.

إذا لم يتم السداد بالكامل في غضون **30 يوماً** من استلام بيان الفواتير، فإنني أفهم أنه سيتم إلغاء هذا الطلب/الاتفاقية وسيُسمح لـ Medina Surgery Center بالإفصاح عن جميع المعلومات المتعلقة بهذه الخدمات إلى الخطة الصحية لأغراض السداد.

التاريخ _____ توقيع المريض _____

التاريخ _____ توقيع ممثل إمكانية الوصول إلى المريض _____

أرفق ملصق المريض هنا