



mosaic health

Better happens together.

مرحبًا بكم في Mosaic Health. صحتك هي أولويتنا الأولى!

الخدمات

نقدم الخدمات التالية: رعاية طبية أولية، ورعاية أسنان أولية، وخدمات استشارية، وفحوصات مخبرية، ومقياس رسوم متدرج، ومساعدة في التأمين.

المراكز وساعات العمل

من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً	Central Plaza Ste B 55 Ilion, NY 13357 (315) 444-1900	Ilion (طبي فقط)
من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً، يُغلق للغداء 1:00-12:30	Murray Hill Drive 1 Building 1, Room 140 Mt. Morris, NY 14510 (585)243-7840	Mt. Morris (أسنان فقط)
من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً، يُغلق للغداء 1:00-12:30	Nye Rd 1519 Lyons, NY 14489 (315) 871-3178	Lyons (أسنان فقط)
من الاثنين إلى الخميس من الساعة 8 صباحًا حتى 7 مساءً، من الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً	2 Rubin Drive Rushville, NY 14544 (585) 554-4400	Rushville (طبي وأسنان)
من الاثنين إلى الخميس من الساعة 8 صباحًا حتى 7 مساءً، من الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً	Oneida St 1651 Utica, NY 13501 (315) 793-7600	Utica (طبي فقط)
من الاثنين إلى الخميس من الساعة 8 صباحًا حتى 7 مساءً، من الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً	Parkside Court Building 1 3 Utica, NY 13501 (315) 927-0000	Utica Dental (أسنان فقط)

بعد ساعات العمل

إذا كانت لديك حالة طبية طارئة أو حالة أسنان في أثناء إغلاق المركز الصحي، فيمكنك الاتصال بموفر الخدمة المتاح عند الطلب، حيث ستحصل على المشورة بشأن ما يجب القيام به. لا تختص هذه الخدمة بالحصول على الأدوية، أو تحديد المواعيد، أو مشكلات الفواتير. للوصول إلى موفر الخدمة على الهاتف، اتصل بالرقم الرئيسي للمركز التابع لك واتبع الخيارات.

الدفع مقابل الخدمات التي حصلت عليها

يجب أن يتم الدفع في وقت الخدمة. نقبل المبالغ النقدية، والشيكات، وبطاقات الائتمان، ومعظم أنواع التأمين. إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كنا نقبل تأمينك، يُرجى الاتصال بشركة التأمين الخاصة بك. لا نقبل تعويضات العمال. لدينا مقياس رسوم متدرج نقدمه لمرضانا يعتمد على حجم الأسرة ودخلها، كما نقدم خطط الدفع لمرضانا الذين يحتاجون إلى المساعدة في دفع أي رسوم متأخرة أو مستقبلية.

الزيارات المستقبلية - من المهم الحفاظ على مواعيدك

تذكر إحضار أدويتك معك إلى كل موعدك. إذا تغيرت وظيفتك، أو تأمينك، أو عنوانك، أو رقم هاتفك، أو بريدك الإلكتروني، يجب عليك إخبارنا بذلك. إذا كنت تعلم أنه لا يمكنك الحضور إلى موعدك، فإنه يجب عليك إلغاء الموعد قبل يوم واحد على الأقل مسبقًا.



mosaic health

Better happens together.

اسم المريض (اسم العائلة، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): _____

الاسم السابق (إن) _____

الاسم المفضل (إن وجد) - _____

عنوان المنزل: _____

رقم الشقة _____

المدينة: _____ الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

مقاطعة الإقامة: _____

رقم هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف الخليوي: _____

التذكير بالمواعيد عن طريق: الهاتف أو رسالة نصية (ضع دائرة على أحد الخيارين)

يُرجى إكمال ما يلي إذا كان عنوانك البريدي مختلفًا عن عنوان منزلك: العنوان البريدي: _____

رقم الشقة _____

المدينة: _____ الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____

الحالة الاجتماعية (ضع دائرة على أحد الخيارين): أعزب متزوج منفصل مطلق أرمل شريك

الجنس عند الولادة (ضع دائرة على أحد الخيارين): ذكر أنثى

ما هويتك الجنسية؟ (يُرجى وضع دائرة على أحد الخيارين)

متحول جنسيًا	ذكر
متحولة جنسيًا مناقضة للثنائية	أنثى
أختار عدم الإفصاح	الجندرية

غير ذلك (يُرجى التحديد) _____

ما هو توجهك الجنسي؟ (يُرجى وضع دائرة حول أحد الخيارين)

سحاقية	طبيعية
ثنائي الجنس	مثلي الجنس
أختار عدم الإفصاح	لا أعلم

غير ذلك (يُرجى التحديد) _____



mosaic health

Better happens together.

هل تشغل وظيفة؟ (ضع دائرة على أحد الخيارين) لا أعمل/أعمل بدوام كامل/أعمل بدوام جزئي/أعمال حرة/متقاعد/عسكري في الخدمة

اسم صاحب العمل: _____

عنوان صاحب العمل: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف: _____

القاصرون

يجب أن يكون المرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا مع أحد أولياء الأمور أو الوصي القانوني لتلقي العلاج الروتيني. يجب على الأوصياء القانونيين إظهار إثبات الوصاية. إذا لم يتمكن ولي الأمر أو الوصي القانوني من إحضار الطفل القاصر إلى الموعد، فيجب أن يتوفر لدينا إذن كتابي أو شفهي حتى يتمكن شخص آخر من إحضار الطفل القاصر إلى الموعد. يجب أن يكون جميع القاصرين برفقة شخص يتجاوز عمره 18 عامًا. يُرجى ملاحظة أن بعض الظروف لا تتطلب إذن ولي الأمر أو الوصي.

إذا كان المريض قاصرًا، فإنه يُرجى ذكر اسم ولي الأمر/الوصي ورقم الهاتف:

اسم الأم: _____ رقم هاتف الأم: _____

اسم الأب: _____ رقم هاتف الأب: _____

اسم الوصي القانوني: _____ رقم الهاتف: _____

جهة الاتصال في حالة الطوارئ: _____

صلة القرابة بالمريض: _____ رقم الهاتف: _____

من سيكون مسؤولاً عن دفع فاتورة الخدمات التي لا تدفعها شركة التأمين الخاصة بالمريض أو تغطيتها؟ (يُرجى وضع دائرة حول أحد الخيارين) المريض
ولي الأمر/الوصي غير ذلك

إذا كان الطرف المسؤول شخصًا آخر غير المريض، فُيُرجى ملء ما يلي:

الطرف المسؤول: _____ تاريخ ميلاد الطرف المسؤول: _____

عنوان الطرف المسؤول: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____



يُرجى التحقق مما إذا لم يكن لديك تأمين طبي: _____
يُرجى التحقق مما إذا لم يكن لديك تأمين لخدمات طب الأسنان: _____

التأمين الأساسي

شركة التأمين: _____

حامل وثيقة التأمين: _____ تاريخ ميلاد حامل وثيقة التأمين: _____

رقم معرّف الهوية: _____ رقم المجموعة: _____ رقم معرّف العميل في Medicaid (AB12345C): _____

يُرجى الإكمال إذا كان لديك تأمين ثانوي:

شركة التأمين: _____

حامل وثيقة التأمين: _____ تاريخ ميلاد حامل وثيقة التأمين: _____

رقم معرّف الهوية: _____ رقم المجموعة: _____ رقم معرّف العميل في Medicaid (AB12345C): _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____ هل أنت مهتم ببوابة المرضى (يُرجى وضع دائرة حول أحد الخيارين)
نعم لا

الوصفات الطبية

يُرجى الانتظار لمدة يومين من أيام العمل لاستكمال طلبات الحصول على الأدوية. قد يتم تحديد موعد لزيارة متابعة لإدارة أدويةك، ما لم يذكر موفر الخدمة خلاف ذلك.

الصيدلية الأساسية: _____ العنوان: _____

الصيدلية الثانوية (إن وجدت): _____ العنوان: _____

يُرجى التوقيع أدناه لتفويض موفر خدمات Mosaic Health الخاص بك للوصول إلى معلوماتك الطبية؛ حتى تتمكن من التحقق من التفاعلات الدوائية المحتملة أو الحساسية.

توقيع المريض/ولي الأمر أو الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بأحرف واضحة/صلة القرابة بالعميل: _____



mosaic health

Better happens together.

نطلب منك الإجابة عن الأسئلة التالية حتى يتسنى لشركة Mosaic Health تلقي مبالغ المنحة الفيدرالية لخدمة مرضانا. نقدر تعاونكم. يتم الاحتفاظ بسرية جميع المعلومات واستخدامها لأغراض إعداد التقارير فقط.

معلومات الدخل: إجمالي عدد أفراد أسرتك، بما في ذلك أنت: _____ إجمالي الدخل الشهري للأسرة: (يُرجى التحقق من المبلغ الذي يصف بشكل أفضل إجمالي الدخل للأسرة) أقل من 11,000 دولار 11,001 دولار - 15,000 دولار 15,001 دولار - 20,000 دولار 20,001 دولار - 25,000 دولار 25,001 دولار - 30,000 دولار 30,001 دولار - 35,000 دولار 35,001 دولار - 40,000 دولار 40,001 دولار - 45,000 دولار 45,001 دولار - 50,000 دولار 50,001 دولار - 55,000 دولار 55,001 دولار - 60,000 دولار 60,001 دولار - 65,000 دولار 65,001 دولار - 70,000 دولار 70,001 دولار - 75,000 دولار أكبر من 75,000 دولار	
ما عرقك؟ (ضع دائرة حول كل ما ينطبق) أبيض قوقازي أسود/أمريكي من أصل أفريقي آسيوي سكان هاواي الأصليين	أرفض التحديد من أمريكي هندي/من سكان ألاسكا الأصليين من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
ما أصلك الإثني؟ (يُرجى وضع دائرة حول أحد الخيارين) إسباني/لاتيني غير إسباني/غير لاتيني أرفض التحديد	
ما لغتك الأولى؟ الإنجليزية الإسبانية العربية البورمية الكارينية أرفض التحديد غير ذلك (يُرجى التحديد) _____	
هل أنت بحاجة إلى مترجم؟ نعم لا	
يعيش المريض في: سكن عام عامل موسمي غير مسجل بلا مأوى عامل مهاجر	
هل أنت محارب قديم؟ (يُرجى وضع دائرة على أحد الخيارين) نعم لا	

المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة وحقيقية على حد علمي، لقد تلقيت إشعار الحقوق والمسؤوليات الخاص بشركة Mosaic Health
لقد تلقيت إشعار ممارسات الخصوصية من شركة Mosaic Health

التاريخ

توقيع المريض/ولي الأمر أو الوصي:

صلة القرابة بالمريض

اسم المريض/ولي الأمر أو الوصي بأحرف واضحة