

# Mosaic Health မှ ကြိုဆိုပါတယ်။ သင့်ကျန်းမာရေးသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဦးစားပေးနံပါတ် #1 ဖြစ်ပါသည်။

## ဝန်ဆောင်မှုများ

ကျွန်ုပ်တို့က အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးပါသည်- အခြေခံ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု၊ အခြေခံ သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု၊ အကြံပေးလမ်းညွှန်မှု၊ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဓာတ်ခွဲစစ်ဆေးမှု၊ ဝင်ငွေအလိုက် ဈေးလျှော့ပေးသည့် အစီအစဉ်နှင့် အာမခံနှင့်ပတ်သက်သောအကူအညီ။

## စင်တာများနှင့် အချိန်များ

<b>Ilion</b> (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	55 Central Plaza Ste B Ilion, NY 13357 (315)444-1900	တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8:30 နာရီ- ညနေ 5 နာရီ
<b>Mt. Morris</b> (သွားဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	1 Murray Hill Drive Building 1, Room 140 Mt. Morris, NY 14510 (585)243-7840	တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8 နာရီ - ညနေ 4:30 နာရီ နေ့လည်စာစားချိန် 12:30 နာရီ-1:00 နာရီအတွင်း ပိတ်ပါသည်
<b>Lyons</b> (သွားဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	1519 Nye Rd Lyons, NY 14489 (315)871-3178	တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8:30 နာရီ - ညနေ 5 နာရီ နေ့လည်စာစားချိန် 12:30 နာရီ - 1:00 နာရီအတွင်း ပိတ်ပါသည်
<b>Rushville</b> (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	2 Rubin Drive Rushville, NY 14544 (585)554-4400	တနင်္လာနေ့မှ ကြာသပတေးနေ့အထိ နံနက် 8:00 နာရီ - ည 7:00 နာရီ သောကြာနေ့ နံနက် 8:00 နာရီ - ညနေ 5:00 နာရီ
<b>Utica</b> (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	1651 Oneida St Utica, NY 13501 (315)793-7600	တနင်္လာနေ့မှ ကြာသပတေးနေ့အထိ နံနက် 8:00 နာရီ - ည 7:00 နာရီ သောကြာနေ့ နံနက် 8:00 နာရီ - ညနေ 5:00 နာရီ
<b>Utica Dental</b> (သွားဘက်ဆိုင်ရာအတွက်သာ)	3 Parkside Court Building 1 Utica, NY 13501 (315)927-0000	တနင်္လာနေ့မှ ကြာသပတေးနေ့အထိ နံနက် 8:00 နာရီ - ည 7:00 နာရီ သောကြာနေ့ နံနက် 8:00 နာရီ - ညနေ 5:00 နာရီ

## ရုံးဖွင့်ချိန်ပြင်ပတွင်

ကျန်းမာရေးစင်တာပိတ်ထား၍ သင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေ ဖြစ်ပွားပါက တာဝန်ကျ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ဖုန်းခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်အား မည်သို့လုပ်ဆောင်ရမည်ကို အကြံဉာဏ်ပေးပါလိမ့်မည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုသည် ဆေးပြန်လည်ဖြည့်တင်းမှုများ၊ ဆရာဝန်နှင့် ချိန်းဆိုပြသမှုများ သို့မဟုတ် ငွေတောင်းခံမှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များအတွက် မဟုတ်ပါ။ တာဝန်ကျ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူထံ ဆက်သွယ်ရန်အတွက် သင့်စင်တာ၏ အဓိကဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပြီး ရွေးချယ်စရာများအတိုင်း လိုက်နာလုပ်ဆောင်ပါ။

## ရရှိထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေမှု

ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် ငွေပေးချေသင့်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ငွေသား၊ ချက်လက်မှတ်များ၊ ခရစ်ဒစ်ကတ်များနှင့် အာမခံများကို လက်ခံပါသည်။ သင့်အာမခံကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံခြင်းရှိမရှိ မေးမြန်းလိုပါက သင့်အာမခံကုမ္ပဏီကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ အလုပ်သမားလျော်ကြေးကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါ။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် မိသားစုအရွယ်အစားနှင့် ဝင်ငွေအပေါ် မူတည်၍ ကျွန်ုပ်တို့လူနာများအတွက် ပံ့ပိုးပေးသော ဝင်ငွေအလိုက် ဈေးလျှော့ပေးသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် နောက်ကျကြေး သို့မဟုတ် အနာဂတ် ဝန်ဆောင်ခများကို ပေးချေရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်သည့် ကျွန်ုပ်တို့လူနာများအတွက်လည်း ပေးချေမှုအစီအစဉ်များကို ပံ့ပိုးပေးလျက်ရှိပါသည်။

**အနာဂတ်တွင် လာရောက်ပြုသမှုများ-**

သင်၏ ချိန်းဆိုမှုများကို မပျက်မကွက်လာရောက်ရန် အရေးကြီးပါသည်။ လာရောက်ပြုသသည့်အခါတိုင်း သင့်ဆေးဝါးများကို ယူဆောင်လာရန် သတိရပါ။ သင့်အလုပ်၊ အာမခံ၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ် အပြောင်းအလဲရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ ချိန်းဆိုချိန်တွင် မလာနိုင်ကြောင်း သင်သိရှိပါက ထိုအချိန်မတိုင်မီ အနည်းဆုံးတစ်ရက်ကြိုတင်ပြီး ဖျက်သိမ်းရမည်။

လူနာ၏ အမည် (မျိုးရိုးအမည်၊ ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ်အမည်

အတိုကောက်)- \_\_\_\_\_ ယခင် အမည်

(ရှိလျှင်) \_\_\_\_\_ နှစ်သက်သည့် အမည် (ရှိလျှင်) \_\_\_\_\_

အိမ်လိပ်စာ- \_\_\_\_\_ တိုက်ခန်းအမှတ် # \_\_\_\_\_

မြို့ \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်- \_\_\_\_\_ ဇစ်ကုဒ်- \_\_\_\_\_

နေထိုင်ရာကောင်တီ- \_\_\_\_\_

အိမ်ဖုန်း # \_\_\_\_\_ ဆဲလ်ဖုန်း #- \_\_\_\_\_

ချိန်းဆီမှုအတွက် သတိပေးရန်နည်းလမ်း- ဖုန်း သို့မဟုတ် မက်ဆေ့ချ်ဖြင့် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)

**သင့်စာပို့လိပ်စာသည် သင့်အိမ်လိပ်စာနှင့် မတူညီပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ-**

စာပို့လိပ်စာ \_\_\_\_\_ တိုက်ခန်းအမှတ် # \_\_\_\_\_

မေးသက္ကရာဇ် \_\_\_\_\_ လူမှုဖူလုံရေး # \_\_\_\_\_

**အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)-** လူလွတ် အိမ်ထောင်ရှိ အိမ်ထောင်ကွဲ တစ်ခုလပ် မုဆိုးဖို/မ အတူနေထိုင်

**မွေးရာပါလိင် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)-** ကျား မ

**သင်၏ လိင်ဝိသေသခံယူချက်ကို ဖော်ပြပါ။ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)**

ကျား လိင်ပြောင်း အမျိုးသား

မ လိင်ပြောင်း အမျိုးသမီး

လိင်ဝိသေသ ကွဲကွဲပြားပြားမရှိသူ ဖွင့်မပြောရန် ရွေးချယ်ပါမည်

အခြား (သတ်မှတ်ဖော်ပြရန်) \_\_\_\_\_

**သင့်လိင်စိတ်တိမ်းညွှတ်မှုကို ဖော်ပြပါ။ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)**

ယောက်ျား၊ မိန်းမစစ်စစ် လိင်တူဆက်ဆံသော အမျိုးသမီး

လိင်တူဆက်ဆံသော အမျိုးသား လိင်စိတ်နှစ်မျိုးရှိသူ

မသိရှိပါ ဖွင့်မပြောရန် ရွေးချယ်ပါမည်

အခြား (ဖော်ပြပေးပါ) \_\_\_\_\_

**သင့်တွင် အလုပ်ရှိပါသလား။ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)**

အလုပ်မရှိပါ/အချိန်ပြည့်/အချိန်ပိုင်း/ကိုယ်ပိုင်အလုပ်/အငြိမ်းစား/စစ်မှုထမ်းဆောင်ခဲ့

အလုပ်ရှင်အမည်- \_\_\_\_\_

အလုပ်ရှင်၏

လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

**အသက်မပြည့်သူများ**

အသက် 18 နှစ်အောက်လူနာများအနေဖြင့် ပုံမှန်လုပ်ရိုးလုပ်စဉ် ကုသမှုကို ခံယူရန်အတွက် မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူနှင့်အတူ လာရောက်ရမည်။ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူများအနေဖြင့် အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကြောင်း သက်သေအထောက်အထား ပြသရမည်။ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူသည် ချိန်းဆိုမှုသို့ အသက်မပြည့်သည့်ကလေးကို ခေါ်လာမပေးနိုင်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ကလေးအား ချိန်းဆိုမှုသို့ ခေါ်လာပေးမည့် အခြားတစ်ဦးအတွက် မိဘအုပ်ထိန်းသူ၏ ခွင့်ပြုချက်ကို နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ လက်ခံရရှိရမည်။ အသက်မပြည့်သူအားလုံးကို အသက် 18 နှစ်ပြည့်ပြီးသူတစ်ဦးဦးက လိုက်ပါပို့ဆောင်ရမည်။ အချို့သော အခြေအနေများတွင် မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ ခွင့်ပြုချက်ကို မလိုအပ်ကြောင်းကို သတိပြုစေလိုပါသည်။

**လူနာသည် အသက်မပြည့်သူဖြစ်ပါက မိဘ(များ)/အုပ်ထိန်းသူ(များ)၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ်ကို ဖော်ပြပါ-**

မိခင်၏အမည် \_\_\_\_\_ မိခင်၏ ဖုန်းနံပါတ် #- \_\_\_\_\_  
ဖခင်၏ အမည် \_\_\_\_\_ ဖခင်၏ ဖုန်းနံပါတ် #- \_\_\_\_\_  
တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည် \_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် #- \_\_\_\_\_

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် \_\_\_\_\_ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

**လူနာ၏ အာမခံကုမ္ပဏီက မပေးချေပါက သို့မဟုတ် အာမခံတွင် အကျုံးမဝင်ပါက ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်ငွေကို ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသူကို ဖော်ပြပါ။ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ) လူနာ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အခြား**

**တာဝန်ရှိသူသည် လူနာမဟုတ်သည့် အခြားသူတစ်ဦးဦးဖြစ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ-**

တာဝန်ရှိသူ \_\_\_\_\_ တာဝန်ရှိသူ၏မွေးသက္ကရာဇ်- \_\_\_\_\_

တာဝန်ရှိသူ၏ လိပ်စာ \_\_\_\_\_ မြို့ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ပြည်နယ် \_\_\_\_\_ ဇစ်ကုန်- \_\_\_\_\_

သင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံမရှိလျှင် အမှန်ဖြစ်ပါ- \_\_\_\_\_  
သင့်တွင် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံမရှိလျှင် အမှန်ဖြစ်ပါ- \_\_\_\_\_

**ပထမဦးစားပေး အာမခံ**

အာမခံကုမ္ပဏီ- \_\_\_\_\_  
အာမခံထားရှိသူ \_\_\_\_\_ အာမခံထားရှိသူ၏ မွေးသက္ကရာဇ်- \_\_\_\_\_  
ID # \_\_\_\_\_ အုပ်စု # \_\_\_\_\_ Medicaid CIN # (AB12345C)- \_\_\_\_\_

**သင့်တွင် ဒုတိယဦးစားပေး အာမခံရှိပါက ဖြည့်စွက်ပေးပါ-**

အာမခံ  
ကုမ္ပဏီ- \_\_\_\_\_  
အာမခံထားရှိသူ- \_\_\_\_\_  
ID # \_\_\_\_\_

အီးမေးလ်လိပ်စာ- \_\_\_\_\_ လူနာပေါ်တယ်လ်ကို စိတ်ဝင်စားပါသလား (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ) စိတ်ဝင်စားသည်  
စိတ်မဝင်စားပါ

**ဆေးစာများ**

ဆေးပြန်ဖြည့်ပေးရန် တောင်းဆိုမှုများကို ရုံးဖွင့်ရက် 2 ရက်အတွင်း ဖြည့်ဆည်းပေးပါမည်။ သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူက အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် မှတ်ချက်ပြုထားခြင်းမရှိပါက သင့်ဆေးဝါးများကို မှန်မှန်ကန်ကန် သောက်နိုင်အောင် စီမံပေးရန်အတွက် နောက်ဆက်တွဲ လာရောက်ပြသရန် ချိန်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ပထမဦးစားပေး ဆေးဆိုင်- \_\_\_\_\_ လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

ဒုတိယဦးစားပေး ဆေးဆိုင် (ရှိလျှင်)- \_\_\_\_\_ လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

သင့် Mosaic Health ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူအား သင့်ဆေးစာအချက်အလက်ကို ရယူဖတ်ရှုခွင့်ပေးရန် အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။ ဤသို့လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့က ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သော ဆေးဝါး တုံ့ပြန်မှုများ သို့မဟုတ် ဓာတ်မတည့်မှုများ ရှိမရှိ စစ်ဆေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

လူနာ/မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

အမည်အပြည့်အစုံ/လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ- \_\_\_\_\_

Mosaic Health အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့လူနာများကို ဝန်ဆောင်မှုပေးရာတွင် ဖက်ဒရယ်အစိုးရ ထောက်ပံ့ကြေးငွေများ ရရှိနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများကို သင်ဖြေဆိုပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့မေတ္တာရပ်ခံပါသည်။ သင်၏ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။ အချက်အလက်အားလုံးကို လျှို့ဝှက်ထားပြီး အစီရင်ခံရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ အသုံးပြုပါမည်။

<b>ဝင်ငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက်-</b>	
သင်အပါအဝင် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိသူများ၏ စုစုပေါင်းအရေအတွက်- _____	
အိမ်ထောင်စု၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ- (သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ စုစုပေါင်းဝင်ငွေကို အကောင်းဆုံးဖော်ပြနိုင်သည့်ပမာဏကို အမှန်ဖြစ်ပေးပါ)	
\$11,000 အောက် _____ \$11,001- \$15,000 _____ \$15,001- \$20,000 _____ \$20,001- \$25,000 _____ \$25,001- \$30,000 _____ \$30,001-\$35,000 _____ \$35,001- \$40,000 _____ \$40,001- \$45,000 _____ \$45,001- \$50,000 _____ \$50,001- \$55,000 _____ \$55,001-\$60,000 _____ \$60,001-\$65,000 _____ \$65,001- \$70,000 _____ \$70,001- \$75,000 _____ \$75,000 ထက်ပို _____	
<b>သင်သည် မည်သည့်လူမျိုးဖြစ်သနည်း။</b> (သက်ဆိုင်သည့်အချက်အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ) လူဖြူ-အသားဖြူမျိုးနွယ် လူမည်း/အာဖရိကနွယ်ဖွား အမေရိကန် အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း/အလာစကာဒေသခံတိုင်းရင်းသား သတ်မှတ်ဖော်ပြရန် ငြင်းဆိုသည် ဟာဝေယံဒေသခံတိုင်းရင်းသားအရှသားအခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	
<b>သင့်လူမျိုးစုကို ဖော်ပြပါ။</b> (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ) စပိန်နွယ်ဝင်/လက်တင်နွယ်ဝင် စပိန်နွယ်ဝင်မဟုတ်/လက်တင်နွယ်ဝင်မဟုတ် သတ်မှတ်ဖော်ပြရန် ငြင်းဆိုသည်	
<b>သင်၏ မူလပြောဆိုသည့် ဘာသာစကားကို ဖော်ပြပါ။</b> အင်္ဂလိပ် စပိန် အာရဗီ မြန်မာ ကရင် သတ်မှတ်ဖော်ပြရန် ငြင်းဆိုသည် အခြား (သတ်မှတ်ဖော်ပြရန်) _____ သင့်တွင် စကားပြန်လိုအပ်သလား။ ဟုတ် မဟုတ်	
<b>လူနာ၏နေထိုင်ရာလိပ်စာ-</b> အများဆိုင် အိမ်ရာ အိမ်ရာမဲ့ ရာသီအလိုက်လုပ်ကိုင်သည့် လုပ်သား တစ်ခုခုမဟုတ် ရွှေ့ပြောင်း လုပ်သား အပါအဝင်	
<b>သင်သည် စစ်မှုထမ်းဟောင်းဖြစ်သလား။</b> (တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ) ဟုတ် မဟုတ်	

ဤဖောင်ပုံစံတွင် ကျွန်ုပ်တို့ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်များမှာ အမှန်အတိုင်းဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ် သိထားသမျှအတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်တိကျမှုရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Mosaic Health ၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိပြီးပါပြီ။

ကျွန်ုပ်တို့သည် Mosaic Health ၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအကြောင်း အသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိပြီးပါပြီ။

လူနာ/မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

လူနာ/မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ \_\_\_\_\_