



mosaic health

Better happens together.

Mosaic Health मा स्वागत छ। तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो #1 प्राथमिकता हो!

सेवाहरू

हामीले निम्न सेवाहरू प्रस्ताव गर्छौं: प्राथमिक चिकित्सा स्याहार, प्राथमिक दन्त चिकित्सा स्याहार, परामर्श सेवाहरू, प्रयोगशाला परीक्षण, स्लाइडिङ शुल्क स्केल र बीमाको सहायता।

केन्द्र र समय

Ilion (चिकित्सा मात्र)	55 Central Plaza Ste B Ilion, NY 13357 (315)444-1900	सोमबारदेखि-शुक्रबारसम्म बिहान 8:30 बजेदेखि साँझ 5 बजेसम्म
Mt. Morris (दन्त चिकित्सा मात्र)	1 Murray Hill Drive Building 1, Room 140 Mt. Morris, NY 14510 (585)243-7840	सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 8 बजेदेखि साँझ 4:30 बजेसम्म खानाको लागि 12:30 देखि 1:00 सम्म बन्द गरिन्छ
लियोन्स (दन्त चिकित्सा मात्र)	1519 Nye Rd लियोन्स, NY 14489 (315)871-3178	सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 8:30 बजेदेखि 5 बजेसम्म खानाको लागि 12:30 देखि 1:00 बजेसम्म बन्द गरिन्छ
Rushville (चिकित्सा र दन्त चिकित्सा)	2 Ruben Drive Rushville, NY 14544 (585)554-4400	सोमबारदेखि बिहीबारसम्म बिहान 8:00 बजेदेखि 7:00 बजेसम्म शुक्रबार 8:00 बजेदेखि 5:00 बजेसम्म
Utica (चिकित्सा मात्र)	1651 Oneida St Utica, NY 13501 (315)793-7600	सोमबारदेखि बिहीबारसम्म बिहान 8:00 बजेदेखि 7:00 बजेसम्म शुक्रबार 8:00 बजेदेखि 5:00 बजेसम्म
यूटिका दन्त चिकित्सा (दन्त चिकित्सा मात्र)	3 Parkside Court Building 1 Utica, NY 13501 (315)927-0000	सोमबारदेखि बिहीबारसम्म बिहान 8:00 बजेदेखि 7:00 बजेसम्म शुक्रबार 8:00 बजेदेखि 5:00 बजेसम्म

केही घण्टा पछि

स्वास्थ्य केन्द्र बन्द हुँदा तपाईंलाई चिकित्सा वा दन्त चिकित्सा आपत्ति पत्तो भने, तपाईंले उपलब्ध प्रदायकलाई फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंलाई के गर्ने भनी सुझाव दिइनेछ। यो सेवा औषधि लगाउने, अपोइन्टमेन्टहरू वा बिलिङ समस्याहरूको लागि होइन। उपलब्ध प्रदायकको पहुँचको लागि, तपाईंको केन्द्रको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् र विकल्पहरू पालना गर्नुहोस्।

प्राप्त भएका सेवाहरूको लागि भुक्तानी

भुक्तानी सेवाको समयमा गर्नुपर्छ। हामीले नगद, चेकहरू, क्रेडिट कार्डहरू र धेरै बीमा स्वीकार गर्छौं। हामीले तपाईंको बीमा गछौं वा गर्दैनौं भन्ने बारे तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्नहरू छन् भने, कृपया आफ्नो बीमा कम्पनीलाई फोन गर्नुहोस्। हामीले कामदारको क्षतिपूर्ति स्वीकार गर्दैनौं। हामीसँग स्लाइडिङ शुल्क स्केल छ हामी हाम्रा बिरामीहरूलाई प्रस्ताव गर्छौं जुन परिवारको आकार र आम्दानीमा भर पर्छ। हामीले कुनै पनि बाँकी वा भावी शुल्कहरू भुक्तान गर्नको लागि मद्दत आवश्यक पर्ने हाम्रा बिरामीहरूलाई भुक्तानी योजनाहरू प्रस्ताव गर्छौं।

भावी भेटहरू- तपाईंको अपोइन्टमेन्ट राख्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ।

प्रत्येक भेटमा आफ्ना औषधिहरू ल्याउन सम्झनुहोस्। तपाईंको रोजगार, बीमा, ठेगाना, फोन नम्बर वा इमेल परिवर्तन भएको छ भने, तपाईंले हामीलाई थाहा दिनुपर्छ। तपाईंले यसलाई आफ्नो अपोइन्टमेन्ट बनाउन सक्नुहुन्न भन्ने कुरा तपाईंलाई थाहा छ भने, हामीले समयभन्दा एक दिन अगाडि नै रद्द गर्नुपर्छ।



mosaic health

Better happens together.

बिरामीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको नामको पहिलो अक्षर): _____

अघिल्लो नाम (लागूयोग्य भएमा) _____

प्राथमिकता दिइएको नाम (लागूयोग्य भएमा) _____

घरको ठेगाना: _____

Apt # _____

सहर _____ राज्य: _____

जिप कोड: _____

निवास काउण्टी: _____

घरको फोन #: _____

सेल फोन #: _____

निम्नद्वारा अपोइन्टमेन्ट सम्झाइन्छ: फोन वा सन्देश (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

तपाईंको पत्राचार ठेगाना तपाईंको घरको ठेगाना भन्दा फरक छ भने कृपया निम्न कुराहरू पूरा गर्नुहोस्: पत्राचार ठेगाना:

Apt # _____

सहर _____ राज्य: _____

जिप कोड: _____

जन्म मिति: _____

सामाजिक सुरक्षा #: _____

वैवाहिक स्थिति (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्): एकल विवाहित अलग भएको सम्बन्ध विच्छेद भएको विधुवा साझेदार

जन्मदाको लिङ्ग (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्): पुरुष महिला

तपाईंको लैङ्गिक पहिचान के हो? (कृपया एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

पुरुष तेस्रो लिङ्गी पुरुष
महिला तेस्रो लिङ्गी महिला समलिङ्गी
पुरुष खुलासा नगर्न छनोट गर्नुहोस्

अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्) _____

तपाईंको लैङ्गिक झुकाव के हो? (कृपया एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

सिधा लेस्बियन
तेस्रो लिङ्गी बाइसेक्सुअल
खुलासा नगर्नेमा छनोट गर्न थाहा छैन

अन्य (कृपया वर्णन गर्नुहोस्) _____



mosaic health

Better happens together.

के तपाईं काम गर्नुहुन्छ? (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्) काम गर्नुहुन्न/हरेक समय /आंशिक समय/स्वयं-रोजगार /अवकाश प्राप्त/सक्रिय सैनिक कर्मचारीको

नाम: _____

रोजगारदाताको ठेगाना: _____

सहर _____ राज्य: _____ जिल्ला कोड: _____ फोन #: _____

नाबालकहरू

18 वर्ष उमेरका बिरामीहरू तालिकाबद्ध तालिम प्राप्त गर्नको लागि आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकसँग हुनुपर्छ। कानूनी अभिभावकहरूले अभिभावकत्वको प्रमाण देखाउनुपर्छ। यदि आमाबुवा वा कानूनी अभिभावक अपोइन्टमेन्टमा नाबालक बच्चा ल्याउन सक्षम हुँदैनन् भने, हामीले अपोइन्टमेन्टमा नाबालक बच्चा ल्याउनको लागि कसैलाई पत्र लेख्नुपर्छ वा मौखिक अनिमति दिनुपर्छ। सबै नाबालकहरू 18 वर्षभन्दा माथिको उमेरको कोही व्यक्तिको साथमा हुनुपर्छ। केही परिस्थितिहरूमा आमाबुवा वा अभिभावकको अनुमति आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा ध्यानमा राख्नुहोस्।

यदि बिरामी नाबालक हुनुहुन्छ भने, कृपया आमाबुवा(हरू)/अभिभावक(हरू) को नाम र फोन नम्बरको सूची बनाउनुहोस्।

आमाको नाम: _____ आमाको फोन #: _____

बुवाको नाम: _____ बुवाको फोन #: _____

कानूनी अभिभावकको नाम: _____ फोन #: _____

आकस्मिक सम्पर्क: _____

बिरामीसँगको सम्बन्ध: _____ फोन नम्बर: _____

सेवाहरूको लागि बिल भुक्तानी गर्न को जिम्मेवार हुनेछ जुन बिरामीको बीमा कम्पनीले भुक्तान गर्दैन वा समेट्दैन? (कृपया एउटामा गोलो
लाउनुहोस्) बिरामी आमाबुवा/अभिभावक अन्य

यदि जिम्मेवार पक्ष बिरामी बाहेक अन्य कोही हुनुहुन्छ भने, कृपया निम्न कुराहरू भर्नुहोस्:

जिम्मेवार पक्ष: _____ जिम्मेवार पक्षको जन्म मिति: _____

जिम्मेवार पक्षको ठेगाना: _____

सहर _____ राज्य: _____ जिल्ला कोड: _____



mosaic health

Better happens together.

तपाईंले चिकित्सा बीमा गर्नुभएको छ/छैन कृपया जाँच गर्नुहोस्: _____
तपाईंले दन्त बीमा गर्नुभएको छ/छैन कृपया जाँच गर्नुहोस्: _____

प्राथमिक बीमा

बीमा कम्पनी: _____

नीति धारक: _____ नीति धारकको जन्म मिति: _____

आइडी #: _____ समूह#: _____ मेडिकेड CIN # (AB12345C): _____

तपाईंले दोस्रो बीमा गर्नुभएको छ भने कृपया पूरा गर्नुहोस्:

बीमा कम्पनी: _____

नीति धारक: _____ नीति धारकको जन्म मिति: _____

आइडी #: _____ समूह#: _____ मेडिकेड CIN # (AB12345C): _____

इमेल ठेगाना:

बिरामी पो(एउटामा गोलो लगाउनुहोस्) हो होइन

निर्धारित औषधिहरू

कृपया पुनः भरिएका अनुरोधहरू पूरा गर्नको लागि 2 व्यावसायिक दिनको अनुमति दिनुहोस्। अन्यथा तपाईंको प्रदायकद्वारा नोट नगरिए सम्म, फलो-अप भेट तपाईंको औषधि उपचारको व्यवस्थापनको लागि तालिकाबद्ध गरिएको हुन सक्छ।

प्राथमिक फार्मसी: _____ ठेगाना: _____

माध्यमिक फार्मसी (लागूयोग्य भ्रमा): _____ ठेगाना: _____

कृपया तपाईंको Mosaic Health प्रदायकलाई तपाईंको निर्धारित औषधिको जानकारीमा पहुँच गर्ने अधिकार दिन तल हस्ताक्षर गर्नुहोस्। त्यसैले हामीले सम्भावित औषधि अन्तर्क्रियाहरू वा एलर्जीहरूको लागि जान गर्न सक्छौं।

बिरामी/आमाबुवा वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

लेखिएको नाम/बिरामीसँगको सम्बन्ध: _____



mosaic health

Better happens together.

हामी तपाईंलाई कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिन अनुरोध गर्छौं जसकारण Mosaic Health ले हाम्रा बिरामीहरूलाई सेवा दिनको लागि संघीय अनुदान डलरहरू प्राप्त गर्न सक्छ। हामी तपाईंको सहकार्यको कदर गर्दछौं। सबै जानकारी गोप्य राखिन्छ र रिपोर्ट गर्ने उद्देश्यहरूका लागि मात्र प्रयोग गरिन्छ।

आम्दानी सम्बन्धी जानकारी:				
तपाईं सहित तपाईंको घरमा भएका मानिसहरूको कूल संख्या: _				
कूल घरेलू आम्दानी: (कृपया तपाईंको घरमा लागेको कूल आम्दानीलाई उत्कृष्ट रूपमा व्याख्या गर्ने रकम जाँच गर्नुहोस्)				
\$11,000	\$11,001- \$15,000	\$15,001- \$20,000	\$20,001- \$25,000	भन्दा कम
\$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 भन्दा बढी	_	_
तपाईं कुन जातिको हो? (लागू हुने सबैमा गोली लगाउनुहोस्)				
श्वेत-कौकेसियन अस्वीकार गर्नुहोस्	काला/अफ्रिकी अमेरिकी एसियाली	अमेरिकी भारतीय/अलास्का निवासी अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर	हवाई निवासी उल्लेख गर्न	
तपाईंको जातीयता कुन हो? (कृपया एउटामा गोली लगाउनुहोस्)				
हिस्पानिक/ल्याटिनो गैर-हिस्पानिक/गैर-ल्याटिनो उल्लेख गर्न अस्वीकार गरियो				
तपाईं बोल्ने प्राथमिक भाषा कुन हो?				
अंग्रेजी स्पेनी अरबी बर्मेली करेन उल्लेख गर्न अस्वीकार गर्नुहोस् अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्) _____				
तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता छ छैन				
बिरामीको जीवन:				
सार्वजनिक आवास		घरबारबिहीन		
सामयिक कामदार		कुनै पनि		
आप्रवासी कामदारमा लागू हुँदैन				
के तपाईं सेवानिवृत्त सैनिक हो? (कृपया एउटामा गोली लगाउनुहोस्) हो होइन				

मैले Mosaic Health का अधिकार तथा जिम्मेवारीहरूको सूचना प्राप्त गरेको कुरा बारे यस फाराममा उपलब्ध गराएको जानकारी सत्य र सही छ
मैले Mosaic Health का गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना प्राप्त गरेको छु

बिरामी/आमाबुवा वा अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

लेखिएको बिरामी/आमाबुवा वा अभिभावकको नाम

बिरामीसँगको सम्बन्ध