

Buford Care

اصول و قوانین مطب

فرم پذیرش و تأیید بیماران

به اطلاع میرساند که اصول زیر برای کلیه بیماران این مرکز لازم اجرا میباشند. لطفاً این فرم را با دقت مطالعه نموده و در پایان امضا نمایید. در صورت وجود هرگونه سؤال، از پرسنل مطب سؤال نمایید

۱. مداوای دردهای مزمن

- پزشکان این مرکز درمان دردهای مزمن را انجام نمیدهند.
 - داروهای دسته Schedule II/III/IV (مانند داروهای مخدر) تجویز میگردند، مگر در شرایط خاص و برای کوتاه مدت با تشخیص پزشک.
 - تجدید نسخه ممکن است نیاز به ویزیت حضوری داشته باشد.
-

۲. تعیین وقت ملاقات

- ویزیت ها فقط با تعیین وقت قبلی انجام میشود.
 - در صورت مراجعه بدون وقت قبلی، ویزیت فقط در صورت وجود نوبت خالی ممکن است و شامل انتظار طولانی میشود.
 - برای دریافت وقت همان روز، لطفاً از قبل تماس بگیرید.
 - بیماران دارای وقت قبلی در اولویت قرار دارند.
 - بیماران اورژانسی باید به بخش اورژانس مراجعه کنند.
 - این مطب خدمات نمونه گیری خون را انجام نمیدهد. در صورت نیاز، بیمار به آزمایشگاه ارجاع داده خواهد شد.
-

۳. قاعده عدم حضور در وقت تعیین شده (No-Show)

- در صورت عدم امکان حضور، لطفاً حداقل ۲۴ ساعت قبل از زمان تعیین شده اطلاع دهید تا از جریمه ۳۵ دلاری معاف شوید.
-

۴. پرداخت هزینه ها و بیمه

- پرداخت باید پیش از دریافت خدمات و فقط از طریق وجه نقد یا کارت اعتباری انجام شود.
 - چک پذیرفته نمیشود.
 - در صورت داشتن Workman's Comp. ، Medicaid ، Medicare یا بیمه های تأیید شده، استثنای قائل میشویم.
 - با امضای این فرم، بیمار ارسال اطلاعات سلامت و بیمه را به بیمه گر و دریافت مستقیم هزینه ها را به کلینیک اجازه میدهد.
 - مانده حساب های پرداخت نشده پس از ۱۲۰ روز به واحد وصول مطالبات ارجاع داده میشوند.
 - مسئولیت اطلاع از پوشش خدمات توسط بیمه بر عهده خود بیمار است.
 - کلینیک تضمینی برای پوشش بیمه ای خدمات ارائه شده ندارد.
 - در صورت رد پوشش بیمه، مسئولیت کامل پیگیری و پرداخت با بیمار خواهد بود.
 - تهیه مجوز بیمه برای خدمات، بر عهده خود بیمار است.
-

۵. خدمات ترجمه

- این مرکز خدمات ترجمه ارائه نمیدهد.
 - تهیه مترجم برای ارتباط با مطب، کاملاً بر عهده بیمار است.
-

۶. ارتباط با بیمار

- کلینیک از طریق تلفن، ایمیل، پیامک، و پورتال بیمار، با شما در ارتباط خواهد بود.
 - این پیام رسانی ها رمز گذاری شده و مطمئن هستند.
 - با امضا، بیمار اجازه این ارتباطات را صادر مینماید.
 - به روز رسانی اطلاعات تماس مانند شماره تلفن، آدرس ایمیل، نشانی پستی و شماره اضطراری بر عهده بیمار است.
 - در صورت عدم اطلاع رسانی تغییر اطلاعات، مرکز مسئول ارسال اطلاعات به آدرس اشتباه نخواهد بود.
-

۷. ارسال اطلاعات سلامت به اشخاص ثالث

- در صورت نیاز به ارسال اطلاعات به نهادهایی مانند دفاتر حقوقی یا کارفرما، فرم رضایت نامه باید امضا شود.

- فرمهایی که باید توسط پرسنل یا پزشک پر شوند، شامل هزینه ای بین ۲۵ تا ۱۷۵ دلار خواهند بود.
- فرمهای در خواستی بعد از ۵ روز کاری به بیمار ارسال خواهد شد.

۸. رفتار و اخلاق

- ما متعهد به ارائه خدمات با کیفیت بالا هستیم.
- هرگونه رفتار ناپسند یا بی احترامی، بدون اخطار قبلی موجب قطع همکاری با بیمار خواهد شد.

۹. قواعد کووید-۱۹

- برای رعایت فاصله گذاری اجتماعی، تعداد همراهان در اتاق محدود خواهد بود.
- در صورت رضایت بیمار، همراهان میتوانند از طریق تماس تصویری مانند FaceTime یا Google Duo در جلسه حضور داشته باشند.

تأییدیه بیمار

با امضای این فرم، تأیید میکنم که تمام مقررات فوق را مطالعه کرده ام و با آگاهی کامل با آنها موافقت نموده و متعهد به رعایت آنها میباشم.

◆ نام بیمار.....:

◆ امضا.....:

◆ تاریخ..... / /