



**သဘောတူညီချက်  
အထွေထွေ၊ ကုသမှုနှင့်  
အချက်အလက်ထုတ်ပြန်ခြင်း  
စာမျက်နှာ 1 / 4**

Patient Name  
DOB  
MRN  
Physician  
CSN



**ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး သတိပေးချက်-**

Corewell Health သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် နိုင်ငံသား အခွင့်အရေး ဥပဒေများကို လေးစားလိုက်နာသည့်အပြင် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အမျိုးအစားကို အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မရှိပါ။ Corewell Health သည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အမျိုးအစားကို အခြေခံ၍ဖြစ်စေ၊ ဥပဒေအရ တားမြစ်ထားသော အခြားအခြေခံ အကြောင်းရင်း တစ်ခုခုကြောင့်ဖြစ်စေ လူများကို ဖယ်ကြည့်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မတူညီစွာ ဆက်ဆံခြင်း မပြုလုပ်ပါ။

**ကျွန်ုပ် အောက်ပါတို့ကို သဘောတူသည်-**

- ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ၊ လေ့ကျင့်ရေးဆင်းနေဆဲ ဆရာဝန်များ၊ ကျောင်းသားများနှင့် Corewell Health ရှိ အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပညာရှင်များထံမှ စစ်ဆေးမှုနှင့် ကုသမှု ခံယူရန်၊ ၎င်းတွင် လူကိုယ်တိုင်၊ အဖွဲ့လိုက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကြည့်ရှုကုသမှု ရက်ချိန်း၊ ဆက်သွယ်ရေးနည်းပညာသုံး၍ အဝေးမှ ရောဂါရှာဖွေ/အကဲဖြတ်/ကုသပေးခြင်း၊ တိပ်ခွေဖြင့် ဗီဒီယိုရိုက်ကူးခြင်း၊ ဓာတ်ပုံရိုက်ခြင်းနှင့် အသံဖွင့်စက်များ ပါဝင်နိုင်သည်။ ကုသရန်/ရောဂါရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သိပ္ပံနည်းကျ နှင့်/သို့မဟုတ် တစ်ကိုယ်ရေ ဘေးကင်းရေးအတွက် လုပ်ဆောင်မည့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအတွက် ဤကိရိယာများကို အသုံးပြုနိုင်သည်။
- ဆွေးနွေးပြီး သဘောတူထားသည့်အတိုင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အသက်ရှင်သန်မှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးကို အကျိုးပြုရန် ကျွန်ုပ်နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ စောင့်ရှောက်မှုကို ပြောင်းလဲနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤနေရာတွင် ကလေးမွေးဖွားရန် ရှိနေပါက ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များသည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအတွက် စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အဖွဲ့လိုက် ဆေးကုသမှု ချိန်းဆိုချက်တွင် ပါဝင်နေပါက ဤရက်ချိန်းကို အခြားလူနာများနှင့်အတူ တက်ရောက်ပါမည်။ ဤချိန်းဆိုမှုများကို တက်ရောက်နေစဉ် ကျွန်ုပ်နှင့်ပတ်သက်သော ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူက အခြားသူများထံ မျှဝေနိုင်သည်။
- ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ကျွန်ုပ်၏ သွေး၊ ဆီးနှင့် အခြားခန္ဓာကိုယ် အရည်များ/တစ်ရှူးများ၏ နမူနာများ (“နမူနာများ”) ကို ရယူနိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ဤနမူနာများကို သုတေသနပြုခြင်း၊ သိပ္ပံနည်းကျနှင့် သင်ကြားရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ခွင့်ပြုထားပြီး ဤနမူနာများနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်၏ ဆေးစစ်တမ်းနှင့်မဆိုင်သော အခြားစစ်ဆေးမှုများကို ဆောင်ရွက်ခွင့်ပြုထားသည်။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ဤနမူနာများကို ၎င်းနှစ်သက်သလို စွန့်ပစ်ဖယ်ရှားနိုင်သည်။

**အောက်ပါအချက်များကို ကျွန်ုပ် နားလည်သည်-**

- ကျွန်ုပ်သည် မေးခွန်းများ မေးမြန်းနိုင်ပါမည်။
- ဆေးပညာအလုပ်နှင့် ခွဲစိတ်ကုသမှုတို့သည် တိကျသော သိပ္ပံပညာရပ် မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သိရှိသည်။ Corewell Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု၊ စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် စစ်ဆေးမှု၏ ရလဒ်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး မည်သူကမျှ ကျွန်ုပ်ကို ကတိကဝတ်များ သို့မဟုတ် အာမခံချက်များ မပေးပါ။
- ကျောင်းသားများနှင့် ဝန်ထမ်းများသည် သင်ကြားခြင်း သို့မဟုတ် သုတေသနပြုခြင်း ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကျွန်ုပ်ကို စစ်ဆေးပြီး ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းကို ကြည့်နိုင်သည်။
- ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း နှစ်ကြိမ်စစ်ဆေးပါမည်။ ကျွန်ုပ် ဘာတွေလုပ်ထားသလဲကို ၎င်းတို့က မေးမြန်းပါမည်။ ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ်ကို ကာကွယ်ပေးရန်အတွက် ဖြစ်ပါသည်။
- အချို့သောဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ဝန်ထမ်းများသည် Corewell Health ၏ အလုပ်သမားများ မဟုတ်ပါ။ Corewell Health သည် ၎င်းတို့၏ စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် အခြားလုပ်ဆောင်မှုများအတွက် တာဝန်မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ၎င်းတို့က ကျွန်ုပ်အား Corewell Health တည်နေရာတစ်ခုတွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးလျှင်ပင် ကျွန်ုပ်သည် ၎င်းတို့ထံမှ သီးခြားငွေတောင်းခံလွှာများ လက်ခံရရှိမည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ် သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံနှင့်ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေကြားရန် ၎င်းတို့၏ ရုံးများနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်မှုတွင် ကူညီပေးခဲ့သော တစ်စုံတစ်ဦးက ကျွန်ုပ်၏ သွေး သို့မဟုတ် ခန္ဓာကိုယ်အရည်များနှင့် ထိတွေ့မိပါက Michigan ဥပဒေသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူညီချက်မပါဘဲ HIV (AIDS ဝိုင်းရပ်စ်) သို့မဟုတ် အသည်းရောင်အသားဝါအတွက် ကျွန်ုပ်၏ သွေးကို စစ်ဆေးခွင့်ပြုသည်။
- Corewell Health ငွေကြေးအကူအညီပေးခြင်းဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု မူဝါဒ၏ မိတ္တူကို တောင်းဆိုပါက စာရင်းသွင်းနေရာအားလုံးနှင့် အောက်ဖော်ပြပါ ကျွန်ုပ်တို့၏ဝက်ဘ်ဆိုက်တွင် ၎င်းကို ရရှိနိုင်သည်-

- Corewell Health Southeast Michigan:  
<https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
- Corewell Health Southwest Michigan:  
<https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
- Corewell Health West Michigan:  
<https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance>

- Corewell Health သည် လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ ကျား/မ၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ လိင် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ ဥပဒေက တားမြစ်ထားသော အခြားမည်သည့် အခြေခံအကြောင်းရင်းမဆိုကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၊ အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများအား ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို သည်းခံမည် မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေကို အထူးကုတစ်ဦးထံ လွှဲပြောင်းရန် လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်လိုလားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို ကျွန်ုပ်အား ရွေးချယ်ခိုင်းမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တွင် Corewell Health အား ကျွန်ုပ်လိုလားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ ဆက်သွယ်ခိုင်းပိုင်ခွင့် ရှိပါမည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လိုလားသူ မရှိပါက Corewell Health ၏ “လိုအပ်လျှင် အရန်သင့်ဝန်ဆောင်ပေးနိုင်သူ” စာရင်းမှ သီးခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးကို ဖုန်းခေါ်ပါမည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုပေးသူက ကျွန်ုပ်၏ အာမခံအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သည်ဖြစ်စေ၊ မပါဝင်သည်ဖြစ်စေ ၎င်းက ပေးအပ်သော ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီက ငွေတောင်းခံလွှာပို့ခြင်းကို ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။



Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

DO NOT MARK BELOW THIS LINE      BARCODE ZONE      DO NOT MARK BELOW THIS LINE



# အထွေထွေ၊ ကုသခြင်းနှင့် အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ခြင်း (အဆက်)

## စာမျက်နှာ 2 / 4

### အောက်ပါအချက်များကို ကျွန်ုပ် နားလည်သည်- (အဆက်)

- ဤသဘောတူညီချက်သည် ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်ရက်မှ တစ် (1) နှစ်ကြာ သက်တမ်းရှိသည်။

### ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ-

- COREWELL HEALTH သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အောက်ပါအတိုင်း ထုတ်ပြန်နိုင်သည်-
  - ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေး လက်ခံရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ငွေပေးချေရန်အတွက် အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များနှင့် စီမံခန့်ခွဲသူများထံ။
  - Medicare နှင့် Medicaid ကဲ့သို့ အစိုးရအကျင့်စီမံကိန်းထံ သို့မဟုတ် ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အတိုင်း။
  - ယခု သို့မဟုတ် နောင်တွင် ကျွန်ုပ်ကို စောင့်ရှောက်ပေးရာ၌ ပါဝင်နေသော ကျွန်ုပ်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် အခြားသူများထံ။
  - မှတ်တမ်းများသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်က ငွေပေးချေသော စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သက်ဆိုင်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်ထံ သို့မဟုတ် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော အခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက်။
  - ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာအားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသော မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းမဆိုထံ။
- Corewell Health သည် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေးကို ဓာတ်ပုံရိုက်ပြီး ၎င်းကို ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ဆေးမှတ်တမ်းတွင် သိမ်းထားနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သဘောတူသည်။ Corewell Health သည် လူနာများ ကုသမှုရယူရာတွင် ပိုမိုအဆင်ပြေစေရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် မည်သူမည်ဝါ ခွဲခြားမတ်ထုတ်ခြင်း ကိစ္စရပ်များအတွက် ဤဓာတ်ပုံအား အသုံးပြုမည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
- Corewell Health သည် ပြည်နယ်ဥပဒေ၊ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေနှင့် မူဝါဒတို့နှင့်အညီ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား သိမ်းထားမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အီလက်ထရောနစ်နည်းလမ်းဖြင့် သိမ်းဆည်းထားနိုင်ပြီး အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများနှင့်/သို့မဟုတ် ငွေပေးချေသူများထံ အီလက်ထရောနစ်နည်းလမ်းဖြင့် ပေးပို့နိုင် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ထံမှ လက်ခံနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ၎င်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ ရောဂါစစ်တမ်းများ (ကျွန်ုပ်ဘာဖြစ်နေသလဲ)၊ ကုသမှုများ (ကျွန်ုပ်ကို ပိုသက်သာစေရန် ဘာတွေလုပ်နေလဲ) နှင့် ဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဆေးညွှန်း အချက်အလက်များ ပါဝင်သည်။ ၎င်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ စိတ်ကျန်းမာရေး၊ (HIV ကဲ့သို့) ကူးစက်ရောဂါများနှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက် အလွန်အကျွံသုံးစွဲမှုကဲ့သို့ အခြားပြဿနာများနှင့် ပတ်သက်သော မည်သည့်အသေးစိတ် အချက်အလက်မဆိုလည်း ပါဝင်ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကာကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ (PHI) ကို ကျွန်ုပ်၏ MyChart (လူနာပေါ်တယ်) အကောင့်သို့ ပို့ရန် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုသည်။ MyChart သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုခြင်း၊ လက်ခံခြင်းနှင့် စီမံခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်နိုင်စေသည့် လုံခြုံသော အင်တာနက်ပေါ်တယ်တစ်ခုဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကာကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ (PHI) တွင် အလွန်ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆန်သော အချက်အလက်များ (ဥပမာ- ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ/စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု၊ အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး တလွဲသုံးစွဲမှု၊ လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သောရောဂါများ (STIs များ)၊ HIV/AIDS စသည်တို့) ပါဝင်နိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်က တစ်စုံတစ်ယောက်အား ကျွန်ုပ်၏ MyChart ပေါ်တယ်ကို ဝင်ကြည့်ခွင့်ပေးလျှင်ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်၏ PHI ကို ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုနှင့် မျှဝေရန် တောင်းဆိုလျှင်ဖြစ်စေ ထိုပြင်ပအဖွဲ့အစည်းသည် (အလွန်ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆန်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည့်) ကျွန်ုပ်၏ PHI ကို မြင်တွေ့နိုင်ပါမည်။ အခြားသူများအား ကျွန်ုပ်၏ PHI ကို ဝင်ကြည့်ခွင့်ပေးခြင်းဖြင့် ၎င်းတို့သည် ကျွန်ုပ်၏ HIV/AIDS အခြေအနေအပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ အလွန်ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆန်သော အချက်အလက်များအား ကြည့်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သဘောတူရာရောက်သည်။
- အချို့သောကိစ္စရပ်များတွင် Corewell Health သည် ကျန်းမာရေးဌာနကဲ့သို့ အစိုးရဌာနတစ်ခုထံ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အစီရင်ခံရန် ဥပဒေအရလိုအပ်သည်။ ၎င်းတွင် HIV၊ TB နှင့် အခြားရောဂါများနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်ကို အခြားဆေးရုံသို့ လွှဲပြောင်းပါက Corewell Health ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ/လေ့ကျင့်ရေးဆင်းနေသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်မှုကို နောက်ဆက်တွဲ ကြည့်ရှုစစ်ဆေးရန် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းများကို ဝင်ကြည့်နိုင်သည် နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သုတေသနအတွက် ထိုအချက်အလက်များကို အသုံးပြုနိုင်သည်။

### ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံရေး အသိပေးချက်

- ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးက ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံသည့်အခါ ကျွန်ုပ်တွင် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများရှိသည်။ ကျွန်ုပ်တွင် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုကျင့်ထုံးများ အသိပေးချက်၏ မိတ္တူကို လက်ခံရယူခွင့်ရှိပြီး အသိပေးချက်ပါ အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးပိုင်ခွင့်ရှိသည်။

### အဖိုးတန်ပစ္စည်းများ

- Corewell Health သည် ၎င်း၏ လူနာများအား အဖိုးတန်ပစ္စည်းများကို အိမ်တွင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များနှင့်အတူ ထားရှိစေလိုသည်။ Corewell Health သည် ကျွန်ုပ်၏ ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းကို ကာကွယ်ပေးရန် တာဝန်မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် သဘောတူသည်။

### လူနာအခွင့်အရေးများနှင့် မကျေနပ်ချက်များ

- ကျွန်ုပ်သည် ရန်တုံ့ခြင်း သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း ခံရမည်ကို ကြောက်ရွံ့စရာ မလိုဘဲ စိုးရိမ်ပူပန်မှု သို့မဟုတ် တိုင်ကြားချက်ကို တင်ပြနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏စိုးရိမ်ပူပန်မှုကို မဆိုင်းမတွ သို့မဟုတ် သင့်လျော်သောအချိန်တစ်ခုအတွင်း ဖြေရှင်းပေးရန် ကြိုးပမ်းမှုများ ပြုလုပ်ပါမည်။ လူနာတစ်ဦးအဖြစ် ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မေးခွန်းများ မေးနိုင်ပါသည်။ ခေါ်ဆိုရန် ဖုန်းနံပါတ်မှာ-

Corewell Health Southeast Michigan - 947.522.1472  
Corewell Health Southwest Michigan - 269.932.9367  
Corewell Health West Michigan - 855.613.2262

ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ စိုးရိမ်ပူပန်မှုကို ကျွန်ုပ်စောင့်ရှောက်မှုအယူသော တည်နေရာရှိ လူနာနှင့် မိသားစုအတွေ့အကြုံကိုယ်စားလှယ်ထံလည်း ဖော်ပြနိုင်သည်။

## စာမျက်နှာ 3 တွင် ဆက်လက်ဖော်ပြထားသည် →

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.



**အထွေထွေ ကုသခြင်းနှင့် အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ခြင်း (အဆက်) စာမျက်နှာ 3 / 4**

Patient Name  
DOB  
MRN  
Physician  
CSN



**ဆက်သွယ်ရန် သဘောတူညီချက် (အဆက်)**

- ကျွန်ုပ်တို့သည် နေရပ်လိပ်စာ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ်များနှင့် အီးမေးလ်လိပ်စာကို Corewell Health ထံ ပေးထားသည်။ Corewell Health နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်များ/ပြင်ပ အဖွဲ့အစည်းများထံမှ အလိုအလျောက် ခေါ်ဆိုသော နှင့်/သို့မဟုတ် ကြိုတင်အသိပေးထားသော တယ်လီဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများ၊ စာတိုမက်ဆေ့ချ်များ နှင့်/သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များကို လက်ခံရန် ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါသည်။ ဤဆက်သွယ်မှုများတွင် ငွေတောင်းခံခြင်း ပါဝင်နိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖုန်းဝန်ဆောင်မှုပေးသူ(များ)ထံမှ ကောက်ခံသော ဆက်သွယ်မှုဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေမှန်သမျှအတွက် ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို မိမိဆန္ဒအလျောက်ပေးအပ်ခြင်း ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် “ဆက်သွယ်ရန် သဘောတူညီချက်” မပေးလျှင်ပင် ကုသမှု ဆက်လက်ခံယူနိုင်သေးသည်။
- Corewell Health က ပေးပို့သော စာတိုမက်ဆေ့ချ်များတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ရက်ချိန်းအတွက် ရက်စွဲနှင့်အချိန်၊ ကျွန်ုပ်တို့ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၏ အမည်၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ရက်ချိန်းကို စီစဉ်ထားသော တည်နေရာ၏ အမည်နှင့်လိပ်စာအပြင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ရက်ချိန်းအတွက် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့သိထားရမည့်အရာများ၊ ပေးရန်ရှိသောပမာဏများ သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ Corewell Health ဆေးမှတ်တမ်းဖိုင်ပေါ်ရှိ ဆဲလ်ဖုန်းသို့ ကုန်ပြောင်းမပွက်ထားသော စာတိုမက်ဆေ့ချ်များ ပို့ရန် Corewell Health ကို ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုသည်။ အောက်ပါအချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သည်-
  - စာသားမက်ဆေ့ချ်များကို ကုန်ပြောင်းမပွက်ထားကြောင်း၊ ကုန်ပြောင်းမပွက်ထားသော စာတိုမက်ဆေ့ချ်တစ်စောင်တွင် ပို့ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အခြားသူများ က ကြားဖြတ်ယူနိုင်ပြီး ကြည့်နိုင်သည်။ အခြားသူများသို့ ထပ်ဆင့်ပေးပို့သော တလွဲညွှန်းပေးသော စာသားများ၊ မက်ဆေ့ချ်များနှင့် လုံခြုံမှုမရှိသော ဆာဗာများပေါ်တွင် သိမ်းဆည်းထားသော မက်ဆေ့ချ်များအပါအဝင် ကုန်ပြောင်းမပွက်ထားသော စာတိုမက်ဆေ့ချ်တွင် အခြားအန္တရာယ်များရှိသည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ကုန်ပြောင်းမပွက်ထားသော စာတိုပို့ခြင်းနည်းလမ်းမှတစ်ဆင့် လက်ခံရန် ရွေးချယ်ခြင်းဖြင့် သင်သည် ဤအန္တရာယ်များကို အသိအမှတ်ပြုပြီး လက်ခံရာရောက်သည်။
  - ကျွန်ုပ်တို့က စာတိုမက်ဆေ့ချ်များကို လက်ခံရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်ရုပ်သိမ်းခြင်း သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းခြင်း မပြုမချင်း ဤခွင့်ပြုချက်သည် အကျိုးဝင်ပါမည်။
  - ကျွန်ုပ်တို့သည်-
    - Corewell Health Southeast Michigan - 248.597.2727
    - Corewell Health Southwest Michigan - 269.982.9300
    - Corewell Health West Michigan - 877.308.5083

သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် ပြန်မရုပ်သိမ်းမီ သို့မဟုတ် မရုပ်သိမ်းမီက ဆောင်ရွက်ချက်ကို လုပ်ဆောင်ထားသည့် အတိုင်းအတာထိမှလွဲ၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်ရုပ်သိမ်းနိုင်သည် သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းနိုင်သည်။



**ငွေပေးချေမှုနှင့် ငွေတောင်းခံလွှာလက်ခံရန် ခွင့်ပြုချက်**

- Corewell Health အား မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းမဆိုနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ ငွေပေးချေမှု တောင်းခံရန် ခွင့်ပြုသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Corewell Health အား မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းမဆိုထံမှ အကျိုးခံစားခွင့်များကို စုဆောင်းရန်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့/သို့မဟုတ် Corewell Health ထံ ပေးရန်ရှိသော ချက်လက်မှတ်များကို အတည်ပြုပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ခွင့်ပြုသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုကို ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသော မည်သည့်အာမခံကုမ္ပဏီမဆိုအား ပေးထားသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Corewell Health ကို ငွေပေးချေခွင့်ပြုသည်။ အာမခံတွင် အကျုံးမဝင်သော မည်သည့်ကျသင့်ငွေမဆိုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့ကို ခွင့်ပြုထားသည့် Medicare အကျိုးခံစားခွင့်ပေးငွေကို Corewell Health ကဖြစ်စေ၊ ၎င်း၏ဆေးရုံများတွင်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့အား ပံ့ပိုးပေးခဲ့သော မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုမဆိုအတွက် Corewell Health သို့ (ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်စား) ပေးချေရန် တောင်းဆိုသည်။
- ပေးရန်အချိန်စေ့ချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ အကောင်အထည် ငွေပေးချေရသေးပါက Corewell Health သည် ငွေကောက်ခံရန်အတွက် ရှေ့နေနှင့်/သို့မဟုတ် ငွေကောက်ခံရေးအေဂျင်စီအား ငှားရမ်းနိုင်သည် ကို ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါသည်။ ပေးရန်ရှိသောပမာဏအား ကောက်ခံခြင်းနှင့်ဆက်စပ်သော ကုန်ကျစရိတ်များ၊ ကျသင့်ငွေများနှင့် အခကြေးငွေများအားလုံးအတွက် Corewell Health ကို ပြန်ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ၎င်းတွင် ကျိုးကြောင်းသင့်သော အတိုး၊ တရားစွဲလျှင် ဥပဒေရေးရာ ကုန်ကျစရိတ်နှင့် သင့်လျော်သော ရှေ့နေများနှင့်/သို့မဟုတ် အကြွေး၏ ရာခိုင်နှုန်းတစ်ခုပေါ် အခြေခံသော အခကြေးငွေများအပါအဝင် ကျိုးကြောင်းသင့်သော ငွေကောက်ခံရေးအေဂျင်စီ အခကြေးငွေများ ကန့်သတ်ချက်မရှိ ပါဝင်သည်။
- ငွေပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူသည်။ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကြိုတင်ထောက်ခံချက်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်တောင်းခြင်းမှာ ကျွန်ုပ်တို့၏ တာဝန်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့သိသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့က Corewell Health အား ကျွန်ုပ်တို့၏ အာမခံကုမ္ပဏီသို့ ငွေတောင်းခံလွှာ မပို့စေလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် ဝန်ဆောင်မှုပေးချိန်တွင် ၎င်းတို့ကို အသိပေးရမည်။
- အာမခံထားသော (ကိုယ်တိုင်ပေးချေ) လျှော့စျေး သို့မဟုတ် ငွေကြေးအကူအညီပေးခြင်း အစီအစဉ် တစ်ခုခုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိ မရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် Corewell Health သည် ချေးငွေအစီရင်ခံစာကို ရယူနိုင်သည်။ ၎င်းသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ခရက်ဒစ်ရယူနိုင်သည့် ရမှတ်ကို မထိခိုက်ပါ။
- အရွယ်မရောက်မသေးသည့် လူနာများ၏ ကွာရှင်းထားသောမိဘများ-
  - Corewell Health ၏ ဆေးမှတ်တမ်းစနစ်သည် မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးအား အာမခံပေးသူ (ငွေတောင်းခံလွှာပေးချေရန်အတွက် တာဝန်ရှိသောသူ) အဖြစ် သတ်မှတ်ခွင့်ပြုသည်။ မိဘများသည် အာမခံတွင်အကျုံးမဝင်သော ကျသင့်ငွေတစ်ခုခုကို ငွေပေးချေခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်း၍ အချင်းချင်း (၎င်းတို့အကြား) ဆက်သွယ်ရန် တာဝန်ရှိသည်။



# အထွေထွေ ကုသခြင်းနှင့် အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ခြင်း (အဆက်)

## စာမျက်နှာ 4 / 4

### ငွေပေးချေမှုနှင့် ငွေတောင်းခံလွှာလက်ခံရန် ခွင့်ပြုချက် (အဆက်)

- ပြင်ပလူနာ Medicare လူနာများ-
  - Medicare စည်းမျဉ်းများသည် ပြင်ပလူနာတစ်ဦးဖြစ်စဉ် ကျွန်ုပ်တို့ ထောက်ပံ့ပေးသော ကိုယ်တိုင်သောက်သုံးရသည့် ဆေးဝါးများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ခံခြင်းကြောင့် သိရှိပါသည်။ ကိုယ်တိုင်သောက်သုံးရသော ဆေးဝါးများသည် ပုံမှန်အားဖြင့် ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်အကူအညီမပါဘဲ ကျွန်ုပ်တို့သောက်သုံးရသော ဆေးဝါးများ ဖြစ်သော်လည်း အရေးပေါ်ပြင်ပလူနာဌာန သို့မဟုတ် လေ့လာစောင့်ကြည့်ရေးဌာနကဲ့သို့ ပြင်ပလူနာ နေရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူဝန်ထမ်းက ပေးနိုင်သော ဆေးဝါးများဖြစ်သည်။ Medicare သည် ဆေးရုံများအား ဤဆေးဝါးများအတွက် Medicare လူနာများ သို့မဟုတ် အခြားပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူများထံ ငွေတောင်းခံလွှာပို့ရန် သတ်မှတ်သည်။ Medicare အပိုင်း D အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများသည် Medicare ဆေးဝါး အစီအစဉ်၏ စာရင်းသွင်းမှု အချက်အလက်များအရ ဤဆေးဝါးများအတွက် ငွေပြန်ထုတ်ပေးရန် Medicare အပိုင်း D ထံ ငွေတောင်းခံလွှာပို့နိုင်သည်။

### တာဝန်ပေးအပ်ခြင်း

- ကျွန်ုပ်တို့သည် Corewell Health အား အောက်ပါတို့ကို တာဝန်ပေးသည်-
  - Corewell Health ရှိ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျသင့်ငွေများနှင့်စပ်လျဉ်း၍ ငွေပေးချေမှု တောင်းခံခြင်းရည်ရွယ်ချက်အတွက် မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းမဆိုထံသို့ ငွေတောင်းခံလွှာပို့ခွင့်နှင့် စကားပြောခွင့် အပါအဝင် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ တောင်းဆိုချက်များ အားလုံးနှင့် အခြားအခွင့်အရေးအားလုံး မှန်သမျှ။
  - Corewell Health ရှိ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျသင့်ငွေများနှင့် ပတ်သက်၍ တရားစွဲခွင့် သို့မဟုတ် အမှုအခင်း/တရားစွဲဆိုမှုတွင် ကြားဝင်ကူညီခွင့်။
  - Corewell Health ရှိ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျသင့်ငွေများကို ငွေပေးချေမှု တောင်းဆိုရန် အခြားမည်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်ကိုမဆို ဆောင်ရွက်ခွင့်။
- ဤတာဝန်ပေးအပ်မှုတွင် အလုပ်ရှင်ကပံ့ပိုးပေးသော အကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်၊ ဥပဒေအရ သို့မဟုတ် စာချုပ်အရ ပံ့ပိုးထားသော အာမခံမူဝါဒ သို့မဟုတ် အာမခံအကျိုးဝင်မှု အပါအဝင် မည်သည့်ငွေပေးချေသူထံမှမဆို ကျွန်ုပ်တို့၏ Corewell Health ကျသင့်ငွေများကို ပေးချေမှုအား ငြင်းဆိုခြင်းအတွက် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် အကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်သည်။
- ကျွန်ုပ်တို့သည် Corewell Health ကျသင့်ငွေကို အကျေအလည်ဖြေရှင်းရန်၊ ထုတ်ပြန်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းရန် အခွင့်အရေး မှန်သမျှ အားလုံးကို စွန့်လွှတ်ကြောင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Corewell Health ကျသင့်ငွေကို မည်သည့်နည်းနှင့်မဆို အပေးအယူဖြစ်မည့် သို့မဟုတ် ပြန်အမ်းငွေလက်ခံမည့် အခြားလုပ်ဆောင်မှုတစ်ခုခုကိုပြုလုပ်ရန် Corewell Health ကို တာဝန်ပေးအပ်ပြီး သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ Corewell Health အခကြေးငွေများ ပေးချေမှုကို ရရှိအောင်အားထုတ်ရာတွင် Corewell Health ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ခွင့်ပြုထားသော ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ်လည်း ခန့်အပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Corewell Health အား 1974 ခုနှစ် ဝန်ထမ်းအငြိမ်းစားဘဝ ဝင်ငွေဖူလုံစေရေး အက်ဥပဒေအပါအဝင် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုချက်မှန်သမျှကို ရရှိအောင်အားထုတ်ရာတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ခွင့်နှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ဆိုးရွားသော ဆုံးဖြတ်ချက်များကို အယူခံဝင်ခွင့် ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Corewell Health က အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်အားလုံးကို ရရှိအောင်အားထုတ်ရာတွင် ကူညီပေးရန်သဘောတူပြီး အာမခံအစီအစဉ်တစ်ခုခုက လိုအပ်သော စရိတ်မျှပေးရာခိုင်နှုန်း၊ စရိတ်မျှပေးငွေများနှင့် အာမခံကနဦးနှုတ်ယူငွေ အားလုံးကို ပေးဆောင်ရန် သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ Corewell Health ကျသင့်ငွေများ ပြန်လည်ရယူခြင်းမှ ရရှိလာသောငွေများကို သုံးစွဲရန် Corewell Health အား ခွင့်ပြုညွှန်ကြားပါသည်။

### ဘာသာပြန်ဆိုချက်

- တောင်းဆိုသည့်အခါ ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရယူကြည့်ရှုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့အားလည်းသဘောပေါက်ပါသည်။

### လူနာ၏လက်မှတ်(များ)

ဤပုံစံကို ကျွန်ုပ်တို့ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေကြားပေးထားပါသည်။

အချိန် \_\_\_\_\_  နံနက်  ညနေ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ လူနာ၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_

- လူနာသည် အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်သောကြောင့် သို့မဟုတ် ဤအကြောင်းရင်းကြောင့် သဘောတူညီမှုမပေးနိုင်ပါ။ အကြောင်းရင်းမှာ \_\_\_\_\_

အချိန် \_\_\_\_\_  နံနက်  ညနေ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် \_\_\_\_\_

ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး အမည် \_\_\_\_\_

### ဝန်ထမ်းလက်မှတ်(များ)

အချိန် \_\_\_\_\_  နံနက်  ညနေ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ မျက်မြင်သက်သေ \_\_\_\_\_

နှုတ်အားဖြင့် သဘောတူညီမှုအတွက် ဒုတိယ မျက်မြင်သက်သေ လိုအပ်သည်

အချိန် \_\_\_\_\_  နံနက်  ညနေ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ မျက်မြင်သက်သေ \_\_\_\_\_

### စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများ

အသိပေးသဘောတူညီချက် ဆွေးနွေးမှုအတွင်း တက်ရောက်သူအားလုံး၏ နှုတ်ထွက်တင်ပြချက်အားလုံးကို ပါဝင်သူဖော်ပြထားသည့် မိခင်ဘာသာစကား \_\_\_\_\_ သို့နှင့် ယင်းမှ ကျွန်ုပ်တို့အတတ်နိုင်ဆုံး စကားပြန်ထားသည်မှာ မှန်ကန်ပါသည်။

အချိန် \_\_\_\_\_  နံနက်  ညနေ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ စကားပြန် လက်မှတ် \_\_\_\_\_

စကားပြန်အမည်(ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး) \_\_\_\_\_

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.