



capitahealth

capitalhealth.org

بیماران بین المللی مراحل دسترسی به خدمات مراقبت

چنانچه بیماری از کشوری غیر از ایالات متحده (US) هستید، در اینجا مراحل عنوان شده است تا بتوانید برای ارزیابی یا مراقبت در Capital Health وقت ملاقات بگیرید.

1. **فرم پذیرش** - ابتدا فرم پذیرش تکمیل شده بیماران بین المللی را به Capital Health ارائه نمایید.
2. **سوابق پزشکی** - از شما درخواست می شود بسته کامل سوابق پزشکی بیمار را (که همه قسمت های آن به انگلیسی ترجمه شده است) ارسال کنید. در صورت لزوم، Capital Health می تواند در خصوص ترجمه با هزینه خودتان شما را یاری کند.
3. **هزینه ارزیابی وضعیت پزشکی** - یکی از نمایندگان ما در خصوص هزینه دریافتی برای پزشکان جهت ارزیابی پرونده با شما در تماس خواهد بود. پرداخت این مبلغ برای بیماران بین المللی از طریق وبسایت ایمن ما میسر است.
4. **ارزیابی تیم پزشکی** - بر اساس اطلاعات و سوابق پزشکی ارائه شده به Capital Health، پزشکان ما تشخیص مقدماتی و ارزیابی احتمالی و توصیه های درمانی را ارائه خواهند کرد. به علاوه Capital Health هزینه تخمینی برای خدمات پیش بینی شده را ارائه خواهد کرد.
5. **تعیین وقت ملاقات** - چنانچه بیمار بخواهد ارزیابی یا درمان بیشتری را به صورت حضوری در Capital Health دریافت کند، تیم ما با بیمار/ خانواده و کلینیک های پزشکی جهت تعیین وقت ملاقات/ درمان همکاری خواهد کرد.
6. **هماهنگی پرداخت** - پرداخت های مربوط به خدمات حضوری غیر قابل استرداد است و باید قبل از ویزیت انجام شود. یکی از نمایندگان ما برای فراهم نمودن مقدمات پرداخت با شما در ارتباط خواهد بود. پس از پرداخت، نامه وقت ویزیت برای بیمار / خانواده صادر خواهد شد.

□ Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, New Jersey 08638
609 394 6000

□ Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, New Jersey 08534
609 303 4000

□ Capital Health – Hamilton
1445 Whitehorse-Mercerville Road
Hamilton, New Jersey 08619
609 588 5050



فرم اطلاعات بیماران بین المللی

اطلاعات تماس

نام بیمار:

_____ (نام خانوادگی) _____ (نام کوچک) _____ (نام وسط)

تاریخ تولد: _____ جنسیت: مرد زن

آدرس در خارج از کشور:

تلفن: _____ فکس: _____

تلفن همراه: _____ ایمیل: _____

آشنای امریکایی (در صورت وجود)

نام آشنا: _____

نسبت: _____

آدرس: _____

تلفن: _____ فکس: _____

تلفن همراه: _____ ایمیل: _____



اطلاعات پزشکی بیمار

تشخیص یا شکایت های اصلی:

لطفاً کپی همه سوابق / پرونده های پزشکی را (که به انگلیسی ترجمه شده اند)، به پیوست عکسبرداری و تست های آزمایشگاهی ارائه نمایید. در صورت لزوم، Capital Health می تواند با دریافت هزینه از شما، خدمات ترجمه ارائه کند.

درخواست های وقت ملاقات ویژه / دسترسی بیمار

خدمات درخواستی

لطفاً مشخص کنید که بیمار / خانواده به کدام یک از خدمات زیر نیاز دارد:

خدمات مترجم	بله	خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، زبان را مشخص کنید
خدمات اسکان	بله	خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، محدوده قیمت را مشخص کنید
حمل و نقل از فرودگاه	بله	خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، اطلاعات پرواز و تعداد افراد مسافر را مشخص کنید

لطفاً نیازها / درخواست های ویژه احتمالی بیمار را مشخص کنید (در صورت لزوم صفحه اضافی الصاق شود)

اطلاعات ارجاعی

چه کسی شما را به ما ارجاع داده است؟ (لطفاً نام، نسبت، و اطلاعات تماس را ارائه نمایید)

نحوه آشنایی با ما از چه طریقی بوده است؟ (گزینه مناسب را علامت بزنید)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> وبسایت | <input type="checkbox"/> بستگان | <input type="checkbox"/> ارجاع پزشک |
| <input type="checkbox"/> سایر موارد: (لطفاً مشخص کنید) | <input type="checkbox"/> رسانه (رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجله) | <input type="checkbox"/> دوستان، |



سیاست مالی بیمار بین المللی

1. به محض اینکه طرح درمانی موجود باشد برآورد هزینه ها به صورت مکتوب در اختیار شما قرار خواهد گرفت.
2. پرداخت باید قبل از ارائه خدمات انجام شود. سپرده اولیه 100% برآورد هزینه های مجموع خواهد بود.
3. انتظار می رود همه پرداخت ها به دلار آمریکا باشد. پرداخت از طریق VISA، MasterCard و American Express مورد قبول Capital Health می باشد. طی دوره درمان، چنانچه خدمات خارج از محدوده طرح پیشنهادی درمان و مدیریت باشد به هزینه های اضافی نیاز خواهد بود.
4. صورت حساب نهایی 45 روز پس از اتمام درمان، تکمیل و برایتان ارسال خواهد شد.

امضا کننده این فرم تأیید می کند که مطالب ذکر شده در آن را مطالعه کرده است و با شرایط آن موافقت می نماید:

تاریخ

بیمار یا نماینده بیمار