

ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးခန်းမှ ကြိုဆိုပါသည်။ ကျန်းမာရေးနှင့် ကျန်းမာသုခအတွက် သင့်ရွေးချယ်မှုများ၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခု ဖြစ်ရခြင်းအတွက် အလွန်ဝမ်းမြောက်မိပါသည်။ လာရောက်ပြသခြင်းမပြုမီ အောက်ပါအချက်အလက်များကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏လူနာဖြစ်လာခြင်းဖြင့် သင်တောင်းဆိုသည့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးနိုင်စေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ မူဝါဒများနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ဖတ်ရှုကာ ညွှန်ပြထားသော နေရာတစ်ခုစီတွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး နေ့စွဲတပ်ပေးပါ။ မေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက သို့မဟုတ် သင့်ဝင်ရောက်မှု ပုံစံများနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီ လိုအပ်ပါက ဧည့်ကြိုကောင်တာတွင် မေးမြန်းပေးပါ။

လူနာအမည် -	မွေးနေ့ -
လူနာသည် အသက်မပြည့်သေးလျှင် အာမခံသူ/အုပ်ထိန်းသူအမည် -	
အိမ်လိပ်စာ -	မြို့/လမ်း/စာပို့ကုဒ် -
ကျသင့်ငွေကောက်ခံခြင်း/စာပို့ခြင်းလိပ်စာ -	မြို့/လမ်း/စာပို့ကုဒ် -
လူမှုဖူလုံရေး # -	အီးမေးလ် -
အလုပ်ရှင် -	အလုပ်ရှင်လိပ်စာ -
အကောင်းဆုံး ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် -	သင့်အတွက် မက်ဆေ့ဂျီတစ်ခု ချန်ထားခဲ့နိုင်ပါသလား။ ___ ဟုတ် ___ မဟုတ်
အခြား ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် -	သင့်အတွက် မက်ဆေ့ဂျီတစ်ခု ချန်ထားခဲ့နိုင်ပါသလား။ ___ ဟုတ် ___ မဟုတ်
ကျွန်ုပ်တို့အကြောင်းကို သင်ဘယ်လို ကြားသိခဲ့ပါသလဲ။	

**ဆေးခန်းမူဝါဒနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ**

**တစ်ချက်စီကို ဖတ်ရှုကာ လက်မှတ်ထိုးပေးပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးကာ နေ့စွဲတပ်ပေးပါ -**

- Center for Natural Medicine ကို ဓာတုပစ္စည်းများနှင့် ဓာတ်မတည့်သူများအတွက် ဓာတ်မတည့်ခြင်းဖြစ်ပွားမှု နည်းပါးစေရန် ဂရုတစိုက်ဒီဇိုင်းဆွဲကာ တည်ဆောက်ထားခဲ့ပါသည်။ ကျန်းမာရေးကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုများအတွက်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့အလုပ်၏ နီးကပ်သော လူလူချင်းဆက်ဆံမှု သဘောသဘာဝကြောင့် သက်တောင့်သက်သာရှိသော ကုသမှုပတ်ဝန်းကျင်တစ်ခု ဖြစ်စေရန်အတွက် သင့်တော်စွာလုပ်ဆောင်မှုကို လိုအပ်ပါသည်။ အနည်းဆုံးသောဆေးခန်းများ၊ အမွေခံသူများ၊ လုံးရှင်းများ သို့မဟုတ် ချေးနံပျောက်ဆေးများကို ချိန်းဆိုသည့်နေ့များတွင် အသုံးပြုခြင်းကို ရှောင်ကြဉ်ပေးပါ။ ပရဝဏ်များအတွင်း ဆေးလိပ်မသောက်ဘဲ နေပေးပါ။
- လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း ဤရုံးခန်းတွင် လာရောက်ပြသခဲ့ခြင်း မရှိပါက သင့်လျော်သော ကုသမှုကို ပြန်လည်ဖော်ထုတ်ရန်အတွက် စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုတစ်ခုကို လိုအပ်ခြင်း ရှိနိုင်ပါသည်။ 3 နှစ်ကြာ လာရောက်ပြသခြင်း မရှိပါက သင့်ကို လူနာအသစ်အဖြစ် မှတ်ယူမည်ဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်များနှင့် အခြားလူနာများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသည့်အတွက် ချိန်းဆိုမှုတစ်ခုကို ပယ်ဖျက်ရန် သို့မဟုတ် ပြန်လည်စီစဉ်ရန် အနည်းဆုံး 24 နာရီကြိုတင်၍ ဖုန်းဆက်ပေးပါ။ အချိန်မီပယ်ဖျက်ခြင်း မပြုပါက လာရောက်ပြသခြင်းမပြုသည့် တစ်ကြိမ်အတွက် \$50 အထိ ကျသင့်ငွေကောက်ခံခြင်း ရှိနိုင်သလို သင့်ပြသမှုကို မလာရောက်မှုအဖြစ် မှတ်သားထားမည် ဖြစ်ပါသည်။ မလာရောက်မှု သုံးကြိမ်အထိရှိခြင်းသည် ထုတ်ပယ်ခံရသည့်အကြောင်းရင်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။
- ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် ငွေပေးချေမှုရမည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ တမူထူးခြားသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အကျိုးဝင်သည့် အာမခံ ခံစားခွင့်များ သင့်တွင်ရှိပါက သင့်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ဝမ်းမြောက်ဝမ်းသာ ကျသင့်ငွေ ကောက်ခံပေးပါသည်။ သို့ရာတွင် သင့်အကျိုးဝင်မှုကို အတည်ပြုနိုင်စေရန်အတွက် သင်လာရောက်ပြသခြင်းမပြုမီ အနည်းဆုံး 24 နာရီတွင် သင့်မူဝါဒအချက်အလက် အပြည့်အစုံအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပေးပါ။ လာရောက်ပြသခြင်းမပြုမီ သင့်အကျိုးဝင်မှုကို ကျွန်ုပ်တို့ အတည်ပြုနိုင်ခြင်း မရှိပါက လာရောက်ပြသချိန်တွင် သင်ပေးချေရမည်ဖြစ်ပြီး သင်ကိုယ်တိုင် ငွေပြန်လည်တောင်းခံမှုအတွက် ကျသင့်ငွေတောင်းခံရန် လုံလောက်သော ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ပေးပါမည်။

Center for Natural Medicine အတွက် ဖော်ပြထားသော မူဝါဒများနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ဖတ်ရှုနားလည်ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ အောက်တွင် ကျွန်ုပ်တို့လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် မူဝါဒများကို လိုက်နာမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ ကုသမှုပေးသူများက ကမ်းလှမ်းသည်အတိုင်း ဤဆေးခန်းတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုကို ရယူရန် အသိအမှတ်ပြု သဘောတူခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အပေါ် ကျသင့်သော ငွေကောက်ခံမှုများ အားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့အပြည့်အဝ တာဝန်ယူကြောင်းကိုလည်း သဘောတူပါသည်။ လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသူ ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ကလေး သို့မဟုတ် မိခင်က ကုသမှုအတွက် အုပ်ထိန်းသူနှင့် အာမခံသူအဖြစ် ကျွန်ုပ်တို့၏ခွင့်ပြုချက်ကို ပေးပါသည်။

ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -	နေ့စွဲ -
-------------------------	----------

**ငွေပေးချေမှုနှင့် ကျသင့်ငွေကောက်ခံခြင်း မူဝါဒများ -**

- သင်လာရောက်ပြသခြင်း မပြုမီ သင့်အာမခံ ခံစားခွင့်များကို အတည်ပြုပေးသည် လုံလောက်ပြည့်စုံသော ဝန်ဆောင်မှုကို ကျွန်ုပ်တို့ပေးပါသည်။ သို့ရာတွင် ဤသို့အတည်ပြုခြင်းသည် အကျိုးဝင်ကြောင်း အာမခံခြင်း မဟုတ်ပါ။ သင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအာမခံ ရှိပါက ၎င်းသည် သင်နှင့်သင့်အာမခံကုမ္ပဏီအကြား စာချုပ်တစ်ခုဖြစ်ပြီး အဆုံးစွန်အားဖြင့် သင့်အာမခံအကျိုးဝင်မှုကို နားလည်ရန်နှင့် CNM ရှိ သင်လက်ကျန်ငွေများကို အလျင်အမြန်ပေးချေကြောင်း တွေ့ရှိရန်မှာ သင်တာဝန်ပင် ဖြစ်ပါသည်။ သင့်တောင်းခံမှုကို ငြင်းဆန်ပါက သင်လက်ကျန်ငွေအတွက် သင့်ထံသို့ ကျသင့်ငွေကောက်ခံမည် ဖြစ်ပါသည်။
- သင့်မူဝါဒတွင် ပူးတွဲပေးချေမှု သို့မဟုတ် ပူးတွဲရာခိုင်နှုန်းကို လိုအပ်ပါက သင်လာရောက်ပြသချိန်တွင် ၎င်းကိုပေးချေရပါမည်။ သင့်ခံစားခွင့်များသည် နတ်ယူနိုင်မှုနှင့် သက်ဆိုင်ပါက သင့်လာရောက်ပြသမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ကျသင့်ငွေကောက်ခံမည် ဖြစ်သော်လည်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် ငွေပေးချေမှုပြုရန် မျှော်လင့်ထားပါသည်။
- အာဟာရဖြည့်စွက်စာများ၊ အရိုးကုသမှုဆိုင်ရာ အသုံးအဆောင်များနှင့် အကျိုးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ အားလုံးအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးချိန်တွင် ပေးချေရပါမည်။
- မော်တော်ယာဉ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်သည့် တစ်ကိုယ်ရေ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ တောင်းခံမှုတစ်ခုကို သင်ပြုလုပ်ပါက မည်သည့်ဖက်က မှားသည်ဖြစ်စေ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေတောင်းခံမှုများကို သင့်တစ်ကိုယ်ရေ မော်တော်ယာဉ်အာမခံ မူဝါဒထံသို့ ပေးပို့ပါသည်။ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေး တောင်းခံမှုတစ်ခုကို သင်ပြုလုပ်ပါက သင့်အလုပ်ရှင်၏ အာမခံဆောင်ရွက်သူထံသို့ ကျသင့်ငွေတောင်းခံပါသည်။ ယင်းအခြေအနေ နှစ်ခုစလုံးတွင် ထိခိုက်ဒဏ်ရာများနှင့် သက်ဆိုင်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် ပေးချေရန်မလိုအပ်သော်လည်း တရားစွဲဆိုမှု သို့မဟုတ် ကျေအေးမှုကို ပြုလုပ်နေဆဲဖြစ်ခြင်းအပေါ် မူတည်ခြင်းမရှိဘဲ အာမခံကုမ္ပဏီအတွက် အကျိုးမဝင်သော ငွေကောက်ခံများအတွက် လူနာတွင် တာဝန်ရှိမည် ဖြစ်ပါသည်။

**ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အာမခံထံသို့ ကျသင့်ငွေ တောင်းခံနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်ကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်ပေးရပါမည် -**

အဓိကအာမခံအမည်နှင့် လိပ်စာ -	
မူဝါဒရရှိထားသူ၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ -	
မူဝါဒ ရရှိထားသူ၏ SSN# -	မူဝါဒ ရရှိထားသူ၏ မွေးနေ့ -
လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ -	မူဝါဒ သို့မဟုတ် အိုင်ဒီ# -
အုပ်စု # -	ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် # -

**ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို အကျိုးဝင်သည့် ဒုတိယအာမခံ သင့်တွင်ရှိပါကလည်း အောက်ပါအချက်အလက်ကို အပြည့်အစုံ ထည့်ပေးပါ -**

ဒုတိယအာမခံအမည်နှင့် လိပ်စာ -	
မူဝါဒရရှိထားသူ၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ -	
မူဝါဒ ရရှိထားသူ၏ SSN# -	မူဝါဒ ရရှိထားသူ၏ မွေးနေ့ -
လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ -	မူဝါဒ သို့မဟုတ် အိုင်ဒီ# -
အုပ်စု # -	ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် # -

ကျွန်ုပ်ရထိုက်ပြီး Center for Natural Medicine က ပြုလုပ်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ/ခွဲစိတ်မှုဆိုင်ရာ ခံစားခွင့်များကိုမဆို ၎င်းတို့အတွက် ဤတွင် ကျွန်ုပ်သတ်မှတ်ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်က စာဖြင့်ရေးသားရုပ်သိမ်းခြင်း မပြုမီအထိ ဤသတ်မှတ်ချက်သည် ဆက်လက်သက်ဝင်နေပါမည်။ ဤသတ်မှတ်ချက်၏ မိတ္တူကိုလည်း မူရင်းကဲ့သို့ အကျိုးဝင်သည်ဟု မှတ်ယူရပါမည်။

ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -	နေ့စွဲ -
-------------------------	----------

**ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု လုပ်ဆောင်ချက်များအကြောင်း အသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိကြောင်း အသိအမှတ်ပြုခြင်း**

သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုကို ကာကွယ်ရန်နှင့် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရန် ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ သင့်တစ်ကိုယ်ရေ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် (PHI) နှင့်စပ်လျဉ်း၍ လူနာတစ်ဦးအဖြစ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု လုပ်ဆောင်ချက်များနှင့် သင့်အခွင့်အရေးများအကြောင်း အသိပေးစာကို သင့်အားပေးရန်လည်း ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ သင့်အဝင်စောင့်ပုံစံနှင့်အတူ ပေးထားသည့်မိတ္တူကိုဖတ်ရှုကာ လက်ခံရရှိကြောင်း အောက်တွင်လက်မှတ်ထိုးပေးပါ။

မေးမြန်းလိုသည့်များရှိပါက၊ သင့်ကိုယ်ပိုင် အသိပေးစာမိတ္တူကို ရယူလိုပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု မူဝါဒအကြောင်း ထပ်မံရှင်းပြပေးစေလိုပါက ဧည့်ကြိုကောင်တာတွင် မေးမြန်းပေးပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု မူဝါဒကို [www.cnmwellness.com](http://www.cnmwellness.com) ရှိ လူနာရင်းမြစ်များ စာမျက်နှာတွင်လည်း တွေ့နိုင်ပါသည်။

နောက်ထပ်ကန့်သတ်မှုများကို တောင်းဆိုလိုပါက၊ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု မူဝါဒကို ကန့်ကွက်ချက် တင်သွင်းလိုပါက သို့မဟုတ် သင့် PHI အကြောင်း အခြားနည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုကို တောင်းဆိုလိုပါက ဤနေရာတွင် ဖော်ပြပေးပါ -

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်တွင် လိုအပ်သည်နှင့်အညီ Center for Natural Medicine, Inc သည် ၎င်းထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ထားသော PHI အားလုံးအတွက် အကျိုးဝင်သည့် ၎င်း၏အသိပေးစာပါ စည်းကမ်းချက်များကို ပြောင်းလဲပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း ဖော်ပြချက်တစ်ခုကို ထည့်သွင်းထားပါသည်။ ဤရုံးခန်းသည် ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုခြင်းရှိနိုင်သော မည်သည့်အပြောင်းအလဲကိုမဆို ဆောင်ရွက်ပေးရန် ဥပဒေအရ မလိုအပ်သော်လည်း လောကဝတ်အနေဖြင့် တတ်နိုင်သမျှ ဆောင်ရွက်ပေးကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ အကာအကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်ကို ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များ အသိပေးစာတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းနှင့် ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်း သို့မဟုတ် လိုအပ်သည်အတိုင်း ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှုနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ဆောင်ချက်များ ရည်ရွယ်ချက်အတွက် အသုံးပြုရန်နှင့် ဖွင့်ဟရန် CNM ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုကာ သဘောတူခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -	နေ့စွဲ -
-------------------------	----------

**လူနာရရှိနိုင်မှု စနစ်လွတ်ခြင်းနှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ တာဝန်ယူမှု ဖောင်ပုံစံ**

ဤဖောင်ပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ၊ ရရှိနိုင်မှု၊ အကျိုးဝင်မှု/ခံစားခွင့်များနှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ရုံးခန်းမူဝါဒနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်းကို နားလည်အောင် အကူအညီဖြစ်စေရန် ဖြစ်ပါသည်။ အောက်ပါတို့ကို နားလည်ထားရမည် ဖြစ်ပါသည် -

- သင့်လာရောက်ပြသမှု(များ)အတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကောက်ခံမှုများအားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို အာမခံကုမ္ပဏီများက ပေးချေခြင်း သို့မဟုတ် မပေးချေခြင်းပုံစံဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ဆောင်မှုကို ပြုလုပ်ပေးပါသည်။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုအတွက် သင့်အာမခံကုမ္ပဏီမှ အတည်ပြုချက်များသည် အတည်ပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုများ အားလုံးအတွက် အပြည့်အဝပေးချေမည်ဟု အာမခံခြင်း မဟုတ်ပါ။
- လာရောက်ပြသခြင်းမပြုမီတွင် (သက်ဆိုင်ပါက) ကြိုတင်အတည်ပြုချက် ရယူရန် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူတွင် တာဝန်ရှိပါသည်။
- အာမခံကုမ္ပဏီများ/တတ်ယအဖွဲ့အစည်း ပေးချေသူများ အားလုံးသည် ဝန်ဆောင်မှုများ အားလုံးအတွက် ပေးချေခြင်း မပြုပါ။ အကျိုးဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် ပမာဏနှင့် စပ်လျဉ်း၍ မူဝါဒတစ်ခုစီတွင် ၎င်း၏ကိုယ်ပိုင် သီးခြားပြဌာန်းချက်များ ရှိပါသည်။ သင့်ကိုယ်စား ခံစားခွင့်များကို ရယူရန် ကြိုးပမ်းမှုတိုင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ပြုလုပ်မည် ဖြစ်သော်လည်း သင့်အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် သင့်ခံစားခွင့်အစီအစဉ်ကို သိရှိနားလည်ထားရန်မှာ သင့်တာဝန်လည်း ဖြစ်ပါသည်။
- အကျိုးဝင်ကြောင်း အတည်ပြုချက်သည် အကျိုးဝင်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှုအတွက် အာမခံချက်မဟုတ်ကြောင်း အာမခံကုမ္ပဏီများ အားလုံးက ဖော်ပြကြပါသည်။ အမှန်တကယ် ခံစားခွင့်များကို တောင်းခံမှုတစ်ခုကို လက်ခံရရှိပြီးနောက်တွင် သင့်အာမခံကုမ္ပဏီက ဆုံးဖြတ်ပါသည်။
- လူနာများသည် မိမိတို့၏ကိုယ်ပိုင် အာမခံမူဝါဒ/အစီအစဉ် ခံစားခွင့်များနှင့် ဆိုခဲ့သော အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် ရရှိနိုင်မှုတို့ကို သိရှိနားလည်ထားရန် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအရ တာဝန်ရှိပါသည်။
- ကျန်ရှိနေသော နတ်ယူနိုင်သည့်ငွေများနှင့် ပူးတွဲအာမခံတို့ကို ပေးချေရန် လူနာများတွင် တာဝန်ရှိပါသည်။
- ပူးတွဲပေးချေမှုများကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် ကောက်ခံမည် ဖြစ်ပါသည်။

- ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်နှင့် အကျိုးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ/ကုသမှုနည်းလမ်းများ အားလုံးအတွက် ငွေပေးချေရန် လူနာများ/အုပ်ထိန်းသူများတွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ မလာရောက်ဖြစ်သော / စီစဉ်ထားသော ချိန်းဆို့မှု၏ 24 နာရီအတွင်း မယ်ဖျက်သော မည်သည့်ချိန်းဆို့မှုမဆိုအတွက် \$50.00 ကျသင့်မည် ဖြစ်ပါသည်။
- ပြန်ပို့လိုက်သော ချက်လက်မှတ်များသည် ဝန်ဆောင်ခ \$35.00 ကျသင့်မည် ဖြစ်ပါသည်။
- ငွေကြေးဆိုင်ရာ တာဝန်ရှိမှုကို ရှောင်ရှားနိုင်စေရန်အတွက် လူနာ/အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး၏ အာမခံတွင် အပြောင်းအလဲများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ညွှန်ကြားမှု ဝန်ထမ်းထံသို့ အလျင်အမြန် အကြောင်းကြားရပါမည်။ 1330 SE Cesar E. Chavez Blvd. Portland, OR 97214 ဖုန်း - 503-232-1100 ဖက်စ် - 503-232-7751 ဝဘ် - www.cnmwellness.com

သူ/သူမသည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ခံစားခွင့်များနှင့် အကျိုးဝင်မှုကို ရရှိနိုင်ကြောင်း လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ် (အုပ်ထိန်းသူ) က ဤတွင် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ လူနာသည် ဆိုခဲ့သောအာမခံ မူဝါဒနှင့် အာမခံနှင့် အကျိုးဝင်မှုကို မရရှိနိုင်သည့် အခြေအနေတွင် Center for Natural Medicine Provider ကပေးသော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများအတွင်း ကျသင့်သည့် ကုန်ကျစရိတ်များ အားလုံးအတွက် ငွေပေးချေမှုကို ဘဏ္ဍာရေးအရ အပြည့်အဝ တာဝန်ယူရန် သူ/သူမက နားလည်ကာ သဘောတူပါသည်။

ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -	နေ့စွဲ -
-------------------------	----------

**မလာဖြစ်သော ချိန်းဆို့မှု မူဝါဒအကြောင်း အသိပေးစာ**

ဤဖောင်ပုံစံသည် ကျွန်ုပ်တို့လူနာများ၏ အာမခံဆောင်ရွက်ပေးသူ၏ ဂိုက်လိုင်များနှင့်အညီ ကျွန်ုပ်တို့၏ မလာဖြစ်သော ချိန်းဆို့မှု မူဝါဒအကြောင်း အသိပေးစာဖြစ်မည် ဖြစ်ပါသည်။ အောက်ပါတို့ကို နားလည်ထားရမည် ဖြစ်ပါသည် -

- ချိန်းဆို့မှုတစ်ခုကို ပယ်ဖျက်ခြင်း သို့မဟုတ် မလာဖြစ်ခြင်းအတွက် အနည်းဆုံး 24 ကြိုတင်၍ အသိပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ 24 နာရီလိုအပ်ချက်ကို လိုက်နာရန် ပျက်ကွက်ပါက မလာဖြစ်သော ချိန်းဆို့မှုတစ်ခု ဖြစ်မည်ဖြစ်ပါသည်။
- သင့်ကနဦးလာရောက်ပြသမှု နောက်ပိုင်း သို့မဟုတ် ယင်းအပါအဝင် ချိန်းဆို့မှုနှစ်ခုကို ဆက်တိုက်မလာဖြစ်ပါက ကုသမှုပေးသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် ဆေးခန်းနှင့် လူနာအကြား သက်ဆိုင်မှုရှိသည့်အတိုင်း ပြတ်စဲခြင်း ရရှိနိုင်ပါသည်။
- ခြောက်လတာကာလအတွင်း ချိန်းဆို့မှုသုံးကြိမ်ကို မလာဖြစ်ခြင်းကြောင့် ကုသမှုပေးသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် ဆေးခန်းနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပြတ်စဲခြင်း ဖြစ်သွားနိုင်ပါသည်။
- လူနာတစ်ဦးသည် သဘာဝနည်းဖြင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု၊ အပူစိုက်ခြင်း၊ နှိပ်နယ်ခြင်း၊ အပြုအမူဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး၊ ဓာတ်ခွဲခန်းဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ဤနေရာတွင် သီးခြားဖော်ပြထားခြင်းမရှိဘဲ Center for Natural Medicine ကပေးသော အခြားမည်သည့် ဝန်ဆောင်မှုမဆိုတို့ကဲ့သို့ ဝန်ဆောင်မှုအများအပြားကို အသုံးပြုပါက ဤမူဝါဒသည် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုချင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ကုသမှုပေးသူတစ်ဦးချင်းနှင့် သက်ဆိုင်မှုရှိနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် လူနာတစ်ဦးသည် သဘာဝနည်းဖြင့် ကုသရန် လာရောက်ပြသမှုများသို့ ပုံမှန်လာရောက်သော်လည်း ခြောက်လတာကာလအတွင်း အပူစိုက်ကုသရန်ချိန်းဆို့မှု နှစ်ကြိမ်ဆက်တိုက်ကိုဖြစ်စေ၊ သုံးကြိမ်ကိုဖြစ်စေ မလာရောက်ပါက ထိုလူနာသည် နောင်အခါတွင် အပူစိုက်ကုသမှုပေးသူနှင့် ပြတ်စဲခြင်းရှိနိုင်ပြီး နောင်အခါတွင် အပူစိုက်ကုသမှုကို ရရှိနိုင်ခြေကိုပါ ပြတ်စဲသွားနိုင်ပါသည်။
- မည်သည့်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ပြတ်စဲခြင်းကိုမဆို ဖိုင်ပေါ် ရှိလိပ်စာအတိုင်း လူနာထံသို့ စာပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး ၎င်း၏ဖိုင်တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားမည် ဖြစ်ပါသည်။ လူနာက စာကိုလက်ခံရရှိကြောင်း အသိအမှတ်ပြုသက်သေကို မလိုအပ်ပါ။
- ဆေးခန်းနှင့် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုချင်းနှင့် ပြတ်စဲမှုအတွက် လူနာများသည် ဆေးခန်းစီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့ထံသို့ အယူခံတင်ခွင့် ရှိပါသည်။ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ပြတ်စဲသည့်အခြေအနေတွင် မှတ်တမ်းတင်မှု၏ အစိတ်အပိုင်းအဖြစ် လူနာ၏ အာမခံဆောင်ရွက်သူထံသို့ ဤလက်မှတ်ထိုးထားသော စာရွက်စာတမ်းကို ပေးပို့မည် ဖြစ်ပါသည်။

သူ/သူမသည် ဤမလာဖြစ်သည့် ချိန်းဆို့မှုမူဝါဒအကြောင်း အသိပေးစာကို ဖတ်ရှုနားလည်ပြီးဖြစ်ကြောင်း လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ် (အုပ်ထိန်းသူ) က ဤတွင် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ဤမူဝါဒကိုချိုးဖောက်သည့် အခြေအနေတွင် သူ/သူမနှင့် Center for Natural Medicine နှင့် ၎င်း၏ကုသမှုပေးသူ(များ)အကြား ဆက်ဆံရေး ပြတ်စဲသွားခြင်းရှိနိုင်ကြောင်း သူ/သူမက နားလည်သဘောတူပါသည်။

ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -	နေ့စွဲ -
-------------------------	----------

**ဆက်သွယ်အသိပေးမှုများ သဘောတူခွင့်ပြုချက်**

အောက်ပါတို့အားလုံးနှင့် ပတ်သက်၍ အောက်ပါဖုန်းနံပါတ်တွင် အသေးစိတ်မက်ဆေ့ဂျ်ကို ချိန်ထားခဲ့ရန် ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုပေးသူ/ဆေးခန်းကို \_\_\_\_\_ ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။  
 သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးကိုခြစ်ပေးပါ။

- လာမည့်ချိန်းဆိုမှုများ၏ နေ့စွဲနှင့်အချိန်
- ဓာတ်ခွဲခန်းရလဒ်များ (သွေးစစ်ဆေးမှုများ၊ Papi ဆီး သို့မဟုတ် အခြားပိုးမွှေးခြင်းများ)
- ဓာတ်မှန် စိတ်စကန်း၊ MRI သို့မဟုတ် အခြားဓာတ်မှန်ဆိုင်ရာ ရလဒ်များ
- ထပ်မံပြုလုပ်ရမည့် စစ်ဆေးခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် စမ်းသပ်မှုကို စီစဉ်ရန် အသိပေးခြင်း
- ညွှန်းပေးခြင်း သတင်းအချက်အလက် ကျွန်ုပ်ကို ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြားမည်သည့် သတင်းအချက်အလက်မဆို
- အခြား - \_\_\_\_\_

ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက် ရုပ်သိမ်းခြင်းကို စာဖြင့်ရေးသားကာ ပေးပို့ခြင်းမပြုမီအထိ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ဆက်လက်သက်ဝင်နေမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူညီချက်ကို ပေးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ တစ်ကိုယ်ရေကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအကြောင်း သတင်းအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်၏မိသားစုဝင်များ နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အသံစာပို့စနစ်ကို ဖွင့်ကြည့်နိုင်သော ကျွန်ုပ်အိမ်ရှိ အခြားသူများက သိရှိသွားနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

<b>ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -</b>	<b>နေ့စွဲ -</b>
--------------------------------	-----------------

— ခွင့်မပြုပါ ကျွန်ုပ်၏အသံစာပို့စနစ်တွင် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ မည်သည့်မက်ဆေ့ဂျ်ကိုမျှ ခွင့်မပြုပါ။

<b>ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -</b>	<b>နေ့စွဲ -</b>
--------------------------------	-----------------

— ခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းလိုက်သည် မက်ဆေ့ဂျ်ခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းလိုက်သည်နေ့မှာ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 — ရုပ်သိမ်းကြောင်းကို လက်ခံရရှိသည့် ဝန်ထမ်းအဖွဲ့ဝင်၏ လက်မှတ်တို့ - \_\_\_\_\_

**လူနာပြုမှုနေ့စဉ်မှ သဘောတူညီချက်**

ဤအရာသည် \_\_\_\_\_ နှင့် Center For Natural Medicine, Inc တို့အကြား အပြုအမူဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက် ဖြစ်ပါသည်။ လူနာများအတွက်ရော ဝန်ထမ်းများအတွက်ပါ ဘေးကင်းသည့် ဆေးခန်းပတ်ဝန်းကျင်တစ်ခု ဖြစ်နေစေရန်အတွက် အောက်ပါအပြုအမူစာချုပ်ကို ဖော်ဆောင်ထားပါသည်။ အောက်တွင်လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် Center for Natural Medicine တွင် ကျွန်ုပ်ကို ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုသည် အောက်ပါမျှော်မှန်းချက်များအပေါ် အမှီပြုကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည် -

1. ကျွန်ုပ်သည် CNM ပိုင်နက်များတွင် သို့မဟုတ် တယ်လီဖုန်းထဲတွင် ဝန်ထမ်းများ၊ ကုသမှုပေးသူများ သို့မဟုတ် အခြားမည်သူ့ကိုမဆို နှုတ်အားဖြင့် ခြိမ်းခြောက်မှုများ သို့မဟုတ် ရန်လိုသော အပြုအမူများ လုပ်ဆောင်မည်မဟုတ်ပါ။
2. မည်သည့်ကိစ္စအတွက်မဆို အကူအညီတောင်းဆိုရာတွင် ကျွန်ုပ်စိတ်တိုနေခြင်း သို့မဟုတ် ဒေါသထွက်နေခြင်းကို ခံစားရပါက ဝန်ထမ်းများနှင့် အလုပ်သဘောဆန်ဆန် ပြောဆိုဆက်ဆံမည် ဖြစ်ပါသည်။
3. ကျွန်ုပ်သည် လူမျိုး၊ လိင်၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု၊ ပုံပန်းသဏ္ဍာန် သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှုအပေါ် မူတည်ကာ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် အခြားလူနာများအပေါ် ဖော်ကားခြင်းဖြစ်စေမည့် အသုံးအနှုန်းကို အသုံးပြုမည် မဟုတ်ပါ။
4. ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်လာရောက်သည်အခါတွင် စိတ်ရှည်ရှည်ဖြင့် စောင့်ဆိုင်းမည်ဖြစ်ပါသည်။
5. ကျွန်ုပ်သည် CNM ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကုသမှုပေးသူများ၏ တောင်းဆိုချက်များကို လိုက်နာမည် ဖြစ်ပါသည်။
6. CNM ပိုင်နက်များတွင် မူးယစ်စေတတ်သော အရာများကို ကျွန်ုပ်သောက်သုံးမည် မဟုတ်ပါ။

အောက်တွင်လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် CNM ဝန်ထမ်းများသည် အောက်ပါတို့ကို သဘောတူကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည် -

1. ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင်ရှိသော ရင်းမြစ်များအရ ကျွန်ုပ်တို့၏အကောင်းဆုံး စွမ်းရည်ဖြင့် သင့်လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးရန်။
2. ပညာရှင်ဆန်ကာ လေးစားမှုရှိသော ပုံစံဖြင့် သင်နှင့်ပြောဆိုဆက်ဆံရန်။
3. သင်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအကြောင်း မေးခွန်းများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ အကောင်းဆုံးစွမ်းရည်ဖြင့် ဖြေဆိုပေးရန်။
4. သင်စီစဉ်ထားသော ချိန်းဆိုသည့်အချိန်နှင့် တတ်နိုင်သမျှ အနီးကပ်ဆုံး သင့်ကိုတွေ့ဆုံရန် သို့မဟုတ် သင့်ချိန်းဆိုမှုအချိန်တွင် နှောင့်နှေးမှုတစ်ခုခုနှင့် ပတ်သက်၍ သင်ကိုဆက်သွယ်ပြောဆိုရန်။
5. သင်တင်သွင်းသော နှစ်နာချက်များအားလုံးကို ပြန်လည်သုံးသပ်ဆွေးနွေးကာ ရုံးဖွင့်ရက် 5 ရက်အတွင်း အကြောင်းပြန်ရန်။

အထက်ပါ သဘောတူညီချက်ကို လိုက်နာရန် ပျက်ကွက်ပါက ထိုနေ့အတွက် ဆေးခန်းမှထွက်သွားပေးရန် ပြောဆိုခံရခြင်း ရှိနိုင်ပါသည်။ ဆေးခန်းမှထွက်သွားပေးရန် သင့်ကိုပြောဆိုခံရပါက သတိပေးသည့်စာတစ်စောင်ကို သင့်ထံသို့ စာဖြင့်ရေးသားပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး CNM ရှိသင့်မှတ်တမ်းများတွင် ထည့်သွင်းထားမည် ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးခန်းမှတစ်ရက်ဖယ်ရှားမှု တစ်ကြိမ်ပြီးနောက် အပြုအမူကို ထပ်မံလုပ်ဆောင်ပါက ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမှ တရားဝင်ဖယ်ထုတ်ခြင်းကို စတင်လုပ်ဆောင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ အဖြစ်အပျက်များကို ကိစ္စတစ်ခုချင်းအလိုက် ဆေးခန်းစီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့က ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း ရှိနိုင်ပြီး ပြင်းထန်သော အပြုအမူဆိုင်ရာ ချိုးဖောက်မှုများအတွက် တရားဝင်ဖယ်ထုတ်ခြင်းကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စတင်လုပ်ဆောင်ခြင်း ရှိနိုင်ပါသည်။ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ရပ်စဲလိုက်ပါက ရပ်စဲသည့်နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 30 ကြာအထိ အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များအတွက်သာ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ရယူရန် သင့်ကိုခွင့်ပြုမည်ဖြစ်ပြီး သင့်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ဆောင်ရွက်နိုင်မည့် ပြင်ပဆေးခန်းများစာရင်းကို သင့်အားပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ ထိုခွင့်ပြုကာလ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း အခြားကုသမှုပေးသူနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ဆောင်ရန်မှာ သင့်တာဝန်ဖြစ်ပါသည်။

<b>ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -</b>	<b>နေ့စွဲ -</b>
--------------------------------	-----------------

**တယ်လီဆေးဝါးအကြောင်း သိရှိနားလည်ကာ သဘောတူညီမှု ဖောင်ပုံစံ**

လူနာကို CNMs တယ်လီဆေးဝါး မူဝါဒအကြောင်း အတိုင်ပင်ခံခဲ့ကာ လူနာက အောက်ပါတို့ကို နှုတ်အားဖြင့် သဘောတူခဲ့ပါသည် -

1. လူနာသည် ၎င်း၏သမားတော်နှင့် ဗီဒီယိုတွေ့ဆုံမှု စနစ်တစ်ခုခုတစ်ခုဆင့် ပြောဆိုရမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ CNM ရှိ ကုသမှုပေးသူများသည် Klara ကိုအသုံးပြုပြီး ၎င်းကို CNM ကုသမှုပေးသူများထံသို့ တယ်လီဆေးဝါးဆိုင်ရာ ပြသမှုများ အားလုံးအတွက် အသုံးပြုရန် လူနာက သဘောတူပါသည်။
2. တွေ့ဆုံရန် ဖိတ်ခေါ်မှုများကို စာသားမက်ဆေ့ဂျ်မှတစ်ဆင့် ၎င်းထံသို့ တစ်ဆင့်ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး လင့်ခ်ကိုနှိပ်ခြင်းဖြင့် တွေ့ဆုံမှုတွင် ပါဝင်နိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်း လူနာက နားလည်ပါသည်။
3. တွေ့ဆုံမှုတစ်ခုကို ချိန်းဆိုမှုအဖြစ် မှတ်ယူမည်ဖြစ်ကာ CNMs လာရောက်မှုမူဝါဒနှင့်အညီ ဖြစ်ပါသည်။
4. ဤဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှုကို ရပ်သံဖမ်းယူမှုများ ပြုလုပ်ခွင့်မပြုကြောင်း လူနာက နားလည်ပါသည်။ မြင်ကွင်းပြင်ပ အခန်းထဲတွင် အခြားသူများ ရှိနေခွင့်မပြုကြောင်း ၎င်းက နားလည်ပါသည်။ ကင်မရာမှ ပုန်းကွယ်နေသော/မမြင်ရသော သူများရှိခြင်းကို ခွင့်မပြုပါ။
5. ၎င်း၏ကုသမှုပေးသူသည် အမြင်ဖြင့်ကြည့်ရှုခြင်းမှတစ်ဆင့် မည်သူဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုရန် လိုအပ်ခြင်းရှိမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ၎င်း၏တယ်လီဆေးဝါး ပြသမှု ကာလတလျှောက်တွင် အလင်းရောင်ကောင်းစွာ ရှိသင့်ကြောင်း လူနာက နားလည်ပါသည်။
6. အချို့သော အာမခံအစီအစဉ်များတွင် တယ်လီဆေးဝါးအတွက် ငွေပြန်ထုတ်ပေးခြင်း မရှိနိုင်ကြောင်း လူနာက နားလည်ပါသည်။ CNM ဆေးခန်း၏ ကျသင့်ငွေတောင်းခံသူသည် အာမခံထံသို့ တောင်းခံမှုများကို ပေးပို့မည်ဖြစ်သော်လည်း မပေးချေသော မည်သည့်လက်ကျန်ငွေကိုမဆို လူနာကပေးချေရန် တာဝန်ရှိပါသည်။

<b>ခွင့်ပြုထားသောလက်မှတ် -</b>	<b>နေ့စွဲ -</b>
--------------------------------	-----------------