

## Sigorta sonrasında Bakiye/Mali Destek/Kendiliğinden Ödeme Başvuru Formu

### LÜTFEN YAZDIRIN

Bugünün Tarihi: \_\_\_\_\_  
AY GÜN YIL

PFC \_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_  
(yalnızca ofis kullanımı (office use only))

Sorumlu Taraf: \_\_\_\_\_  
SOYADI ADI İKİNCİ ADININ BAŞ HARFİ.

Hasta Adı: \_\_\_\_\_  
(Her bir hasta için bir başvuru yapılması gerekmektedir) SOYADI ADI İKİNCİ ADININ BAŞ HARFİ.

Tıbbi bakım süresince **hastanın ikamet ettiği adres:** \_\_\_\_\_  
CADDE APT. NO.  
ŞEHİR EYALET POSTA KODU İLÇE

Güncel Adres \_\_\_\_\_  
CADDE APT. NO.  
ŞEHİR EYALET POSTA KODU İLÇE

Hastane Hizmetlerinin Tarihi: \_\_\_\_\_ Hastanın Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_  
AY GÜN YIL AY GÜN YIL

Hastane hizmetleri sırasında hastanın sağlık sigortası var mıydı veya hasta bu süreçte sağlık yardımı alıyor muydu?

Evet  Hayır

**\*\*“Evet” yanıtı verdiyseniz**, lütfen sigorta kartının (önü ve arkası) veya hastanın sağlık yardımı kartının bir kopyasını ekleyin ve aşağıdakileri doldurun:

Sigorta Şirketinin ve/veya Sağlık Yardım Programının Adı: \_\_\_\_\_

Sigortalı Kimlik Numarası veya Sağlık Yardımı Kimlik Numarası: \_\_\_\_\_

Lütfen unutmayın:

- İndirimler Dr. Robin Cotton tarafından veya Cincinnati Children's çalışanı olmayan sağlayıcılar tarafından verilen profesyonel hizmetlere uygulanmaz ve **sağlık ödemelerini kapsamaz**.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center ile **sözleşmeli olmayan** bir sigorta planına üye olan aileler, taleplerinin ödenmeyen kısmına dair indirim alamayacaktır. Yalnızca düşürülebilir tutarlar ve/veya ortak sigortaya atfedilebilecek bakiyeler konusunda indirim almaya uygun olabilirsiniz.
- Mali Yardım en son başvurulacak çeredir ve indirim uygulanmadan önce tüm kullanılabilir sigorta(lar) kullanılmalıdır.

**Lütfen aşağıdaki bilgileri doldurun:** Hasta 18 yaşında ya da daha büyükse, bu başvuru formu hasta tarafından doldurulmalıdır. Lütfen hanenizde yaşayan herkesi aşağıda listeleyin. Hastayı, hastanın ebeveynlerini (aynı evde yaşayıp yaşamamalarından bağımsız olarak) ve 18 yaşından küçük olan ve hastayla aynı evde yaşayan çocukları (öz veya evlat edinilmiş) dahil edin. Daha fazla alana ihtiyaç duyarsanız, sonraki sayfada Destek Beyanı kutusunda aynı evde yaşayan ilave aile bireylerini listeleyin.

AİLE BİREYLERİ	YAŞ VE DOĞUM TARİHİ	HASTA İLE İLİŞKİSİ (EBEVEYN ÇOCUĞUN HAYATINA MÜDAHİL DEĞİLSE BELİRTİN)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Lütfen bu başvuru formunun 2. sayfasını doldurun ve imzalayın.**

