

Sug'urtadan keyingi balans / Moliyaviy yordam / O'z hisobidan to'lash uchun ariza shakli

BOSMA HARFLARDA YOZING

Bugungi sana: _____ PFC _____ FT _____
OY KUN YIL (faqat ofisda foydalanish uchun)

Javobgar tomon: _____
FAMILIYA ISM OTASINING ISMI.

Bemor ism-sharifi: _____
(Har bir bemor uchun bitta ariza talab qilinadi) FAMILIYA ISM OTASINING ISMI.

Tibbiy xizmat ko'rsatilgan vaqtdagi bemorning manzili: _____
KO'CHA XONADON RAQAMI

_____ SHAHAR SHTAT POCHTA INDEKSI OKRUG

Hozirgi manzili _____
KO'CHA XONADON RAQAMI

_____ SHAHAR SHTAT POCHTA INDEKSI OKRUG

Kasalxona xizmatlari sanasi: _____ Bemor tavallud sanasi: _____
OY KUN YIL OY KUN YIL

Kasalxona xizmati ko'rsatilgan vaqtda bemorda tibbiy sug'urta yoki Medicaid bor edimi? Ha Yo'q
***Agar "Ha" deb javob bergan bo'lsangiz**, bemor xarajatlarini qoplovchi sug'urta kartasi nusxasini (old va orqa tomoni) yoki Medicaid kartasi nusxasini ilova qiling va quyidagilarni to'ldiring:

Sug'urta kompaniyasining (kompaniyalarining) nomi va/yoki Medicaid dasturi: _____

Sug'urta obunachisi ID raqami (raqamlari) yoki Medicaid ID raqami: _____

Esda tuting:

- Chegirmalar Cincinnati Children's Hospital Medical Center tomonidan ishga yollanmagan xizmat ko'rsatuvchilarning professional xizmatlariga qo'llanmaydi va **qo'shimcha to'lovlarni qamrab olmaydi**.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center bilan **shartnoma tuzmagan** sug'urta rejasiga a'zo bo'lgan oilalar talabining to'lanmagan qismiga nisbatan chegirma berilmaydi. Siz faqat sug'urta bilan qoplanmaydigan summa va/yoki qo'shma sug'urta bilan bog'liq bo'lgan balans bo'yicha chegirmalarga ega bo'lasiz.
- Moliyaviy yordam oxirgi chora manbai bo'lib, chegirma qo'llanishidan oldin boshqa tegishli sug'urta(lar) tugagan bo'lishi kerak.

Quyidagilarni to'ldiring: Agar bemor 18 yosh yoki undan katta bo'lsa, bemor ushbu arizani to'ldirishi kerak. Iltimos, quyida barcha oila a'zolarini sanab o'ting. Bunga bemorni, bemorning ota-onasini (ular uyda birga yashash yoki yashamasligidan qat'iy nazar) va bemor bilan birga uyda yashovchi 18 yoshgacha bo'lgan bolalarni (biologik yoki asrab olingan) kiriting. Agar barcha oila a'zolari bu yerga sig'masa, uyda birga yashovchi boshqa oila a'zolari keyingi sahifadagi "Moddiy yordam bayonoti" bo'limida ko'rsatib o'ting.

| OILA A'ZOLARI | YOSHI VA TUG'ILGAN SANASI | BEMORGA KIM BO'LADI (AGAR OTA-ONA BIRGA YASHAMASA, ESLATIB O'TING) |
|---------------|---------------------------|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Iltimos, ushbu arizaning 2-sahifasini to'ldiring va imzolang.

