



يُرجى إعادته إلى:
Cincinnati Children's Hospital
Billing Customer Service
3333 Burnet Avenue, MLC 5011
Cincinnati, Ohio 45229-3026
رقم الفاكس: 513-803-6577

نموذج طلب رصيد المدفوعات بعد خصم التأمين/المساعدة المالية/السداد الذاتي

يُرجى الطباعة

تاريخ اليوم: _____
الشهر اليوم السنة

FT PFC
تُملأ بمعرفة المكتب فقط (office use only)

الطرف المسؤول: _____
الاسم الأخير الاسم الأول الأحرف الأولى للاسم الأوسط.

اسم المريض: _____
(طلب واحد فقط مطلوب لكل مريض)
الاسم الأخير الاسم الأول الأحرف الأولى للاسم الأوسط.

عنوان المريض في وقت الرعاية الطبية: _____
رقم الشقة الشارع

العنوان الحالي: _____
المدينة الولاية الرمز البريدي المقاطعة

رقم الشقة الشارع

المدينة الولاية الرمز البريدي المقاطعة

تاريخ خدمات المستشفى: _____
الشهر اليوم السنة

تاريخ ميلاد المريض: _____
الشهر اليوم السنة

هل المريض مُنتفع بتأمين صحي أو ببرنامج ميديكيد في وقت تلقي خدمات المستشفى؟
 نعم لا
* إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى إرفاق صورة من بطاقة التأمين (الجهة الأمامية والخلفية) أو بطاقة برنامج ميديكيد (Medicaid) الخاصة بالمريض وإكمال ما يلي:

اسم شركة (شركات) التأمين و/أو برنامج ميديكيد: _____

رقم هوية مُشترك التأمين أو رقم مُعرف برنامج ميديكيد: _____

يُرجى ملاحظة:

- لا تسري الخصومات على الخدمات المهنية المُقدمة من قبل د. روبن كوتون (Dr. Robin Cotton) أو أي مُقدم خدمة غير تابع لمركز مستشفى سينسيناتي للأطفال الطبي (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) ولا تغطي المدفوعات المشتركة.
- الأسر الأعضاء في خطة تأمين غير مُتعاقدة مع مركز مستشفى سينسيناتي للأطفال الطبي لن يكونوا مؤهلين للحصول على الخصم على الجزء غير المدفوع من مطالبته. ستكون مؤهلاً فقط للحصول على الخصومات على الأرصدة المنسوبة إلى الاستقطاعات و/أو التأمين المشترك.
- وتكون المساعدة المالية هي المصدر الوحيد المُتبق وبنبغي استنفاد مصادر التأمين الأخرى السارية قبل تطبيق الخصم.

يُرجى إكمال ما يلي: إذا كان عمر المريض 18 عامًا فأكثر، فيجب على المريض إكمال هذا الطلب.
يُرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه. اذكر المريض وأولياء أمور المريض (بصرف النظر عما إذا كانوا يعيشون في المنزل) والأطفال (سواء الطبيعيين أو الأشقاء بالتبني) دون عمر 18 عامًا والذين يعيشون في المنزل مع المريض. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكُتب أي أفراد إضافيين في الأسرة يعيشون في المنزل في مربع بيان الدعم في الصفحة التالية.

أفراد الأسرة	العمر و تاريخ الميلاد	صلة القرابة بالمريض (اذكر إذا كان ولي الأمر غائبًا)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

يُرجى إكمال الصفحة 2 في هذا الطلب والتوقيع عليها.

