

**Formulaire de demande de solde après assurance/assistance financière/auto-paiement**

**VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Date du jour : \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_  
MOIS JOUR ANNÉE (réservé à l'administration (office use only))

Partie responsable : \_\_\_\_\_  
NOM PRÉNOM INITIALES DU DEUXIÈME PRÉNOM.

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
(Une seule demande par patient est nécessaire) NOM PRÉNOM INITIALES DU DEUXIÈME PRÉNOM.

Adresse du patient **au moment du traitement** : \_\_\_\_\_  
RUE N° APT.  
VILLE ÉTAT CODE POSTAL COMTÉ

Adresse Actuelle \_\_\_\_\_  
RUE N° APT.  
VILLE ÉTAT CODE POSTAL COMTÉ

Date des services hospitaliers : \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_  
MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE

Le patient avait-il une assurance maladie ou bénéficiait-il du régime Medicaid lors du service hospitalier ? Oui  Non   
**\*Si vous avez répondu « Oui »,** veuillez joindre une copie de la carte d'assurance (recto verso) ou de la carte Medicaid du patient et compléter les champs suivants :

Nom de la (des) compagnie(s) d'assurance et/ou du programme Medicaid : \_\_\_\_\_

Numéro(s) d'identification de l'assuré ou numéro d'identification Medicaid : \_\_\_\_\_

**Remarque :**

- Les réductions ne s'appliquent pas pour les services professionnels effectués par le Dr Robin Cotton ou un prestataire non employé par Cincinnati Children's, et que **les co-paiements ne sont pas pris en charge.**
- Les familles ayant souscrit à un régime d'assurance qui n'est **pas sous contrat** avec le Cincinnati Children's Hospital Medical Center n'auront pas droit à la réduction sur la partie impayée de leur demande. Vous n'aurez droit qu'à l'escompte sur les soldes attribués aux franchises et/ou à la coassurance.
- L'aide financière ne doit être attribuée qu'en dernier recours et il convient d'épuiser les autres assurances en vigueur avant d'appliquer la réduction.

**Veillez remplir les champs suivants :** *Si le patient est âgé de 18 ans ou plus, le patient doit remplir cette demande.*

Veillez lister ci-dessous tous les membres du foyer. Inclure le patient, ses parents (peu importe s'ils vivent à la maison) et les enfants (biologiques ou adoptifs) de moins de 18 ans vivant dans la maison avec le patient. Si vous avez besoin de plus de place, indiquez tout autre membre de la famille qui vit dans le foyer dans la section « Informations complémentaires » sur la page suivante.

| MEMBRES DE LA FAMILLE | ÂGE ET DATE DE NAISSANCE | LIEN AVEC LE PATIENT (NOTEZ SI PARENT ABSENT) |
|-----------------------|--------------------------|---|
| 1.                    |                          |   |
| 2.                    |                          |   |
| 3.                    |                          |   |
| 4.                    |                          |   |
| 5.                    |                          |   |
| 6.                    |                          |   |

**Veillez remplir et signer la page 2 de la présente demande.**

