



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: \_\_\_\_\_

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    المدينة  
المقاطعة    الرمز البريدي    الولاية

العنوان الحالي: \_\_\_\_\_  
رقم الشقة    الشارع    المدينة  
المقاطعة    الرمز البريدي    الولاية

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 مطالبتها. ستكون مؤهلاً فقط للحصول على الخصومات على الأرصدة المنسوبة إلى الاستقطاعات و/أو التأمين المشترك.
- وتكون المساعدة المالية هي المصدر الوحيد المُتبق ونبغي 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.

