

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城

港威大廈第一座

11 樓 1104-11 室

Medtronic Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統
SAFE-N 有限保證申請表

NAMSA

患者姓名(全名)： _____

電話： _____

患者地址：

香港島 九龍 新界及離島 澳門

患者出生日期： _____

付款資訊 (銀行名稱、帳號、帳戶名稱)：

銀行名稱： _____

帳號： _____

帳戶名稱： _____

表格填寫者姓名 (若非患者本人)： _____

電話： _____

與患者之關係： 配偶 子女 醫療保健供應者 其他：(請說明)：

若閣下是由患者授權並代表患者提供協助之家屬或非家屬，請讓患者填寫並簽署附於本文之**患者看護人授權書**。

核銷應經審查與批准。**SAFE-N** 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及/或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回 (包括本計畫) 所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城港威大
廈第一座 11 樓 1104-11 室

Medtronic Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系

統

NAMSA

SAFE-N 有限保證申請表
患者或供應者未核銷之醫療費用

本人申請核銷以下類型之醫療費用（請勾選所有適用項目）：

額外成像 再介入 其他（於下說明）

若勾選額外成像，本人謹證明，業已進行本人之例行年度成像，且未向美敦力申請相關費用之報銷。

若勾選「其他」，請說明閣下申請核銷之醫療費用類型：

隨函附上相關醫療帳單及保險文件，做為本人就 Valiant Navion 召回之直接相關（尚未核銷）醫療費用之報銷申請佐證資料：

1	2	3	4	5	6
醫生／機構名稱	療程日期	療程類型	應付金額	保險負擔金額 （若有）	自付總額 （4-5）
		總計：			

請至 Valiant Navion 患者網站查詢哪些內容符合核銷條件。可能適用其他限制。核銷及抵用額度應經審查與批准。針對未核銷之醫療費用，應提供以下文件：

	所需文件
有保險之患者	<ul style="list-style-type: none">患者 EOB 副本。<ul style="list-style-type: none">每一 EOB 應包括：<ul style="list-style-type: none">應付費用之醫療保險概述。患者最終自付費用（患者應付款項目）。

核銷應經審查與批准。SAFE-N 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

	<ul style="list-style-type: none">請注意，在這種情況下產生的醫療費用可能需要提出兩份帳單：一份由醫生或成像小組開立，另一份由醫療機構開立。
未投保或拒絕申請保險理賠之患者	<ul style="list-style-type: none">詳細之最終醫療帳單應包括：與服務日期相關之所有費用的詳細列表（包括總金額）患者最終自付費用（患者應付款項目）內容通常會超過一頁之篇幅不接受「收費摘要」資料

* 此類文件可能包括醫療紀錄或經簽署之醫生聲明。Syntactx/NAMSA 核心實驗室已確認，與召回作業相關之成像觀察結果資料並非必要。

本人保證上述陳述及資訊均屬實正確且完整。本人謹證明，上述費用均由本人承擔，未由任何其他保險或福利核銷，或並非不得核銷，且上述費用與拒絕承保或本人未投保之項目相關。

本人同意美敦力香港醫療有限公司可於必要時，與醫療機構核實本文內容之資訊。

本人謹確認已簽署患者知情同意書，以利美敦力及／或 Syntactx/NAMSA 處理本人之相關資料。

患者或授權人員之簽名：_____

日期：_____

於進行成像、再介入或治療後 90 天內：

請將填妥之保證表以電子郵件發送至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com

郵寄或傳真方式：

Syntactx/NAMSA

回覆：SAFE-N Project

4 World Trade Center

150 Greenwich Street, 44th Floor

New York, New York, 10007

或

傳真：**1 (800) 342-1401**

需有 45~60 天的時間處理任何核銷申請。於處理付款前，Syntactx/NAMSA 可能會直接與閣下聯絡以取得額外驗證或資訊。醫療費用之付款會經由電子資金轉帳，或郵寄至患者帳號註明的主要通訊地址。關於任何稅務申報之義務，請諮詢閣下的財務及稅務顧問。

若有疑問，請使用 SAFE-N 專線，經由 Syntactx/NAMSA 聯絡美敦力：

香港：800 969 726

澳門：+853 6262 1359

電子郵件：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com.

核銷應經審查與批准。SAFE-N 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

核銷應經審查與批准。**SAFE-N** 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城港威大

廈第一座 11 樓 1104-11 室

Medtronic Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統

SAFE-N 有限保證申請表

患者雜支

NAMSA

隨函附上醫療帳單及／或保險文件，以及與 Valiant Navion 召回直接相關之醫療護理作業所產生之雜支收據及／或帳單。

費用說明 (例如停車、飲食、交通運輸)	公司名稱	費用日期	醫療保健供應者名稱	醫療保健執行日期	醫療保健簡述	雜支金額

總計：

* 雜支的核銷總額不得超過 3900 港元 (500 美元)。

請至 Valiant Navion 患者網站查詢哪些內容符合核銷條件。可能適用其他限制。核銷及抵用額度應經審查與批准。對未核銷之雜支，任何請求雜支核銷之患者均應提供各核銷項目之帳單或收據副本。雜支費用之應檢附文件可能因患者而異。所提供之文件亦應包括醫療保健提供者之最終帳單，以記錄雜支與醫療保健之相關性。

核銷應經審查與批准。SAFE-N 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

患者亦可直接撥打與聯絡 Syntactx/NAMSA

香港：+852 800 969 726

澳門：+853 6262 1359

本人保證上述陳述及資訊均屬實正確且完整。

本人同意美敦力香港醫療有限公司可於必要時，與醫療機構核實本文內容之資訊。

本人謹確認已簽署患者知情同意書，以利美敦力及／或 Syntactx/NAMSA 處理本人之相關資料。

患者或授權人員之簽名：

日期：

於進行成像、再介入或治療後 90 天內：

請將填妥之保證表以電子郵件發送至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com

郵寄或傳真方式：

Syntactx/NAMSA

回覆：SAFE-N Project

4 World Trade Center

150 Greenwich Street, 44th Floor

New York, New York, 10007

或

傳真：1 (800) 342-1401

需有 45~60 天的時間處理任何核銷申請。於處理付款前，Syntactx/NAMSA 可能會直接與閣下聯絡以取得額外驗證或資訊。醫療費用之付款會經由電子資金轉帳，或郵寄至患者帳號註明的主要通訊地址。關於任何稅務申報之義務，請諮詢閣下的財務及稅務顧問。

若有疑問，請使用 SAFE-N 專線，經由 Syntactx 聯絡美敦力：

香港：+852 800 969 726

澳門：+853 6262 1359

電子郵件：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com.

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城港威大廈

第一座 11 樓 1104-11 室

Medtronic Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統

SAFE-N 有限保證申請表

設施支架抵用額度

NAMSA

美敦力設施帳號： _____ 臨床設施名稱： _____

患者名字： _____ 患者姓氏： _____

Valiant Navion 序列號： _____ 客戶號碼 (CFN)： _____

支援帳號之美敦力代表： _____

Navion 植入日期	再介入日期	置換支架類型	若為 Valiant Captivia，請列出置換支架的序列號
		<input type="checkbox"/> Valiant Captivia <input type="checkbox"/> 其他	

授權簽名： _____

需有標準及補充保證請款：

勾選此框或簽署本表，代表閣下同意允許美敦力確認保證抵用額度是否到期。除非滿足適用保證規定之所有資格標準，否則不發予保證抵用額度。可能適用其他限制。核銷及抵用額度應經審查與批准。患者持有產品之保證是以患者利益為出發點，根據此類保證所取得之任何數額均應記入患者帳號。閣下可能亦需向患者之付款人通報收取之金額。其他付款人可能需遵循其他規則，閣下可能需要向其聯絡以確認其抵用額度通報流程。勾選此項或簽署本表格，代表閣下證明尚未收到或提交所用產品之付款金額，或將更改或匯出已收到或提交之產品付款金額。勾選此框並輸入閣下姓名首字母或簽署本表格，即代表閣下於盡職詢問後聲明，此表格所註明之產品功能與其預期操作或效果有不一致，或閣下以本表格確認經獨立醫學專業判斷後，有必要進行再介入程序。所有其他保證條件均已滿足，以上所有資訊皆正確無誤，且閣下有權代表臨床設施簽字。

醫療機構授權代表姓名及職稱： _____

醫療機構授權代表姓名首字母或簽名： _____

電子郵件： _____ 電話： _____

核銷應經審查與批准。SAFE-N 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

於再介入日期 90 天內：

請將填妥之保證表以電子郵件發送至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com

郵寄或傳真方式：

Syntactx/NAMSA

回覆：SAFE-N Project

4 World Trade Center

150 Greenwich Street, 44th Floor

New York, New York, 10007

或

傳真：1 (800) 342-1401

需有 45~60 天的時間處理任何核銷申請。於處理付款前，Syntactx/NAMSA 可能會直接與閣下聯絡以取得額外驗證或資訊。關於任何稅務申報之義務，請諮詢閣下的財務及稅務顧問。

若有疑問，請使用美國 SAFE-N 核銷專線，

經由 Syntactx/NAMSA 與美敦力聯絡。

香港：[+852 800 969 726](tel:+852800969726)

澳門：[+853 6262 1359](tel:+85362621359)

電子郵件：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com

網址：

香港：NavionSafety.syntactx.com/hkg

澳門：NavionSafety.syntactx.com/mac

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城
港威大廈第一座
11 樓 1104-11 室



Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統 SAFE-N 有限保證計畫

患者看護人授權書

對於 SAFE-N 有限保證計畫：患者與醫生支持計畫

請填寫和簽署表格，並提交給 Syntactx/NAMSA (以下簡稱為“Syntactx”)。如在填寫此驗證表格時有任何疑問，請通過 Syntactx 聯繫美敦力，撥打 SAFE-N 專線：香港：+852 800 969 726，澳門：+853 6262 1359 或以電子郵件寄至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com。

患者全名：_____

患者地址：_____

香港島 九龍 新界及離島 澳門

看護人授權聲明

本人，_____，是上述已植入 Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統的患者，並有資格參加 SAFE-N 有限保證計畫（“本計畫”）。我證明我已經選擇並特此授權，_____，我的_____，（“看護人”）代表我與本計畫發起者及管理層聯繫。為了本授權書之目的，看護人可以是一名家庭成員或者我已授權協助我執行本計畫的非家庭成員。

為了參與本計畫，我授權我的看護人向 Syntactx 披露我的個人資料，包括但不限於我的患者記錄（可能包括我的全名、地址、出生日期、電子郵件地址、醫療診斷和帳單記錄）和其他敏

核銷應經審查與批准。SAFE-N 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及/或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

感健康資訊。為此，我還簽署了一份患者知情同意書。

我理解，我可以隨時以書面形式撤銷此授權。任何撤銷必須以書面形式提交給 Syntactx。此授權也將在我去世後一年到期，除非我選擇提前撤銷此授權。我理解，任何撤銷只會影響未來的披露，而不會影響在 Syntactx 收到我的書面撤銷之前所做的任何資訊披露。

我理解，我的治療、付款、參與、獲取資格或接受 Syntactx 的支持並不取決於本人是否簽署本授權書。

我理解，本計畫是自願的，並不意味著參與本計畫的個人會承認任何類型的責任或棄權。

本人證明，本文件中包含或提供的陳述和資訊真實、準確、完整。通過簽署本授權書，本人確認已閱讀並接受上述所有內容，並且本人已得到了此簽署授權書的副本。

患者簽名：_____ 日期：_____

患者看護人資訊

患者看護人全名：_____

患者看護人電子郵件地址：_____

患者看護人地址：_____

香港島 九龍 新界及離島 澳門

Medtronic

香港九龍尖沙咀海港城
港威大廈第一座
11 樓 1104-11 室

NAMSA

**Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統
SAFE-N 有限保證計畫**

法定代理人授權書

對於 **SAFE-N** 有限保證計畫：患者與醫生支持計畫

請填寫和簽署表格，並提交給 Syntactx/NAMSA (以下簡稱為“Syntactx”)。如在填寫此驗證表格時有任何疑問，請通過 Syntactx 聯繫美敦力，撥打 **SAFE-N** 專線：香港：+852 800 969 726，澳門：+853 6262 1359 或以電子郵件寄至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com。

患者全名：_____

患者地址：_____

香港島 九龍 新界及離島 澳門

法定代理人與本計畫申請人的關係

請說明法定代理人與申請人的關係。在本表格中，“律師”包括代表申請人的律師事務所的任何律師和其他法律人員。此外，在本表格中，“訴訟”是指與 **Valiant Navion™** 胸腔覆膜支架系統有關的任何已提交或未提交的索賠。

請提交證明法定代理人有權代表申請人行事的文件。可接受的文件包括授權委託書，管理委任書，或其他由授權機構任命法定代理人的文件。在 **Syntactx** 的要求下，可能需要提交額外的證明資料。

(勾選適用的內容) 我的法定代理人是：

_____ 律師 (訴訟相關)

_____ 律師 (非訴相關)

核銷應經審查與批准。**SAFE-N** 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及/或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回 (包括本計畫) 所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

遺產代表人

其他（請說明）：

法定代理人授權聲明：

本人，_____，是上述已植入 **Valiant Navion™** 胸腔覆膜支架系統的患者，並有資格參加 **SFAE-N** 有限保證計畫（“本計畫”）。我證明我已經選擇並特此授權，_____（“法定代理人”），公司/律師事務所（如適用），_____，作為我的法定代理人，代理我與本計畫發起者及管理層聯繫。

為了參與本計畫，我授權我的法定代理人向 **Syntactx** 披露我的個人資料，包括但不限於我的患者記錄（可能包括我的全名、地址、出生日期、電子郵件地址、醫療診斷和帳單記錄）和其他敏感健康資訊。為此，我還簽署了一份患者知情同意書。

我理解，我可以隨時以書面形式撤銷此授權。任何撤銷必須以書面形式提交給 **Syntactx**。此授權也將在我去世後一年到期，除非我選擇提前撤銷此授權。我理解，任何撤銷只會影響未來的披露，而不會影響在 **Syntactx** 收到我的書面撤銷之前所做的任何資訊披露。

我理解，我的治療、付款、參與、受益資格或接受 **Syntactx** 的服務並不取決於本人是否簽署本授權書。

我理解，我的治療、付款、參與、獲取資格或接受 **Syntactx** 的支持並不取決於本人是否簽署本授權書。

我理解，本計畫是自願的，並不意味著參與本計畫的個人會承認任何類型的責任或棄權。

儘管有上述規定，我同意我和我的法定代理人都不會對本計畫已經收回的任何金額尋求法律賠償。本人證明，本文件中包含或提供的陳述和資訊真實、準確、完整。通過簽署本授權書，本人確認已閱讀並接受上述所有內容，並且本人已得到了此簽署授權書的副本。

核銷應經審查與批准。**SAFE-N** 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。

患者簽名： _____

日期： _____

法定代理人簽字： _____

日期： _____

核銷應經審查與批准。**SAFE-N** 患者及醫生支持計畫為完全自願之項目，不構成美敦力於成像、再介入及／或使用胸腔覆膜支架系統方面之陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力於就自願產品之召回（包括本計畫）所採取之任何行動，均不視為承認對患者、醫生、醫療保健專業人員或任何第三方負有任何過失或責任。美敦力對核銷而可能對患者加入稅額優惠健康計畫之資格所造成之任何可能影響不作任何陳述；若有必要，請諮詢稅務顧問。版權所有。