

Medtronic  
17F, Glass Tower, #534,  
Teheran-ro, Gangnam-gu,  
Seoul, 06181, South

Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System  
Incidental Expenses Worksheet

SYNTACTX

환자 성함: \_\_\_\_\_ 연락처: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

우편번호: \_\_\_\_\_

대리인 성함 (작성자 환자 본인이 아닌 경우): \_\_\_\_\_

연락처: \_\_\_\_\_

환자와의 관계:  배우자  자녀  기타: \_\_\_\_\_ 선생님께서 환자의 가족, 보호자, 대리인인 경우, 동의서 양식(Authorization for Patient Caregiver) 을 작성하여 주시기 바랍니다.

당사의 제품(Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System)과 관련하여 의료기관 내원 도중에 발생한 부대 비용을 아래 기재하여 주시고 관련 영수증 혹은 청구서를 첨부하여 주시기 요청드립니다. (미화 500 달러 이상은 영수증 필요)

부대 비용 (예: 주차비, 식비, 교통비)	사업자 명	지불 일자	의료기관	병원 방문일자	내원 목적	지출금액

총액: \_\_\_\_\_

미화 500 달러 이상의 부대비용(예: 주차비, 식비, 교통비)을 청구하는 경우, 각 영수증 사본이 필요합니다. 부대비용은 환자마다 다를 수 있으며, 각 부대비용 영수증 및 의료기관의 진료비 영수증과 함께 제출하여 주시기 요청 드립니다.

위 내용이 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

환자 혹은 대리인 서명란: \_\_\_\_\_ 서명일자: \_\_\_\_\_

병원 방문 이후로 90 일 이내에 해당 양식을 작성하시어, [SAFE-N-Reimburse@syntactx.com](mailto:SAFE-N-Reimburse@syntactx.com) 이메일로 보내주시기 바랍니다.

비용 지급까지는 45-60 일 소요됩니다. Syntactx 에서 계좌이체에 필요한 정보를 확인하기 위해, 선생님께 연락할 수도 있습니다. 비용 지급은 환자의 계좌로 이체될 예정입니다.

문의사항은 080-775-334 로 전화 혹은 [SAFE-N-Reimburse@syntactx.com](mailto:SAFE-N-Reimburse@syntactx.com) 이메일로 보내주시기 바랍니다.