

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

Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System
Unreimbursed Medical Expenses Worksheet

SYNTACTX

환자 성함: _____ 연락처: _____
 주소: _____
 우편번호: _____
 대리인 성함 (작성자 환자 본인이 아닌 경우): _____
 연락처: _____
 환자와의 관계: 배우자 자녀 의료기관 기타: (추가설명): _____
 선생님께서 환자의 가족, 보호자, 대리인인 경우, 동의서 양식(Authorization for Patient Caregiver) 을 작성하여 주시기 바랍니다.

다음 유형의 의료비에 대해 환급을 요청합니다. (해당하는 항목은 모두 체크하여 주시기 바랍니다)
 추가 CT 촬영 추가 시술 기타: _____

추가 CT 촬영을 선택하는 경우, 일상적인 연간 CT 촬영을 받았고, 메드트로닉에 이와 관련된 비용은 보상 요청하지 않았음 확인합니다. 기타로 체크하시는 경우, 환급을 요청하는 의료비 유형을 기재하여 주시기 바랍니다: _____

당사의 제품(Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System)으로 인해 의료기관에 지출한 진료비용 (환자부담총액 혹은 납부금액)을 아래 기재하여 주시고, 관련 영수증(예: 진료비 계산서)을 동봉하여 주시기 요청 드립니다:
 <청구내역>

의료기관 명칭	내원 일자	내원 목적	환자 부담 비용
총 부담금액:			

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 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 이메일로 보내주시기 바랍니다.