

บริษัท เมดโทรนิค (ประเทศไทย) จำกัด
ชั้น 27 หนวย 1, 319 จามจุรีสแควร์, ถนนพญาไท
16, เขตปทุมวัน, กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย

ระบบเส้นเลือดเทียมแบบมีขดลวดค้ำยันที่ทรงอก Valiant Navion™
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าชดเชยแบบจำกัด SAFE-N
ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดของผู้ป่วย



ชื่อผู้ป่วย: _____ โทรศัพท์: _____
วันเกิดของผู้ป่วย: _____ ที่อยู่ของผู้ป่วย: _____
อำเภอ: _____ จังหวัด: _____ รหัสไปรษณีย์: _____
ชื่อผู้กรอกแบบฟอร์ม (ในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ป่วย): _____ โทรศัพท์: _____
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: คู่สมรส ผู้ดูแล บุคคลอื่น: (อธิบาย): _____
หากท่านเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับมอบอำนาจให้กระทำการแทนและช่วยเหลือผู้ป่วยในนามของผู้ป่วย โปรดให้ผู้ป่วยกรอกและลงนามในแบบฟอร์มการอนุญาตผู้ดูแลที่แนบมาด้วยนี้

สิ่งที่แนบมาด้วยคือใบแจ้งหนี้คำร้องรักษาพยาบาลและ/หรือเอกสารประกัน รวมถึงใบเสร็จรับเงินและ/หรือใบแจ้งหนี้ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดที่เกิดขึ้นในการรับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเรียกคืน Valiant Navion (เฉพาะค่าใช้จ่ายที่มากกว่า 500 ดอลลาร์สหรัฐเท่านั้น)

ประเภทของค่าใช้จ่าย (เช่น ค่าที่จอดรถ ค่าอาหาร ค่าเดินทาง)	ชื่อบริษัท	วันที่ใช้จ่าย	ชื่อผู้ให้บริการทางการแพทย์	วันที่รับบริการทางการแพทย์	คำอธิบายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์แบบย่อ	จำนวนเงินค่าใช้จ่าย

รวม: _____

โปรดตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่สามารถรับค่าชดเชยได้ที่ www.NavionSafety_syntactx.com/tha ทั้งนี้อาจมีข้อจำกัดเพิ่มเติม การชดเชยค่าใช้จ่ายและเครดิตจะเป็นไปตามการตรวจสอบและการอนุมัติ อาจมีการขอเลขที่ประกันสังคมหรือเลขที่เมดิแคร์ในภายหลัง สำหรับค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดที่ยังไม่ได้ชดเชยค่าชดเชย ผู้ป่วยที่ร้องขอการชำระเงินค่าชดเชยเบ็ดเตล็ดเกินกว่า 500.00 ดอลลาร์สหรัฐต่อการรักษาหนึ่งครั้ง จำเป็นต้องมีสำเนาใบแจ้งหนี้หรือใบเสร็จทุกใบสำหรับการขอรับการชดเชยค่าชดเชยนั้น เอกสารที่จำเป็นสำหรับค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดนั้น (เช่น เวลาที่ไม่ได้ทำงาน) อาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน เอกสารที่แนบมาด้วยต้องประกอบด้วยสำเนา SOC หรือรายการที่แจกแจงไว้สรุปยอดใบแจ้งหนี้จากผู้ให้บริการทางการแพทย์เพื่อทำเอกสารค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลดังกล่าวด้านบนเป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วน

ลายมือชื่อผู้ป่วยหรือผู้ได้รับมอบอำนาจให้กระทำการแทน: _____ วันที่: _____

ภายใน 90 วันหลังจากที่ถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย ทำหัตถการซ้ำ หรือการรักษา:

ส่งอีเมลแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าชดเชยที่กรอกแล้วไปที่: SAFE-N-Reimburse@syntactx.com

หรือส่งจดหมายหรือโทรสารมาได้:

Syntactx

RE: SAFE-N Project

4 World Trade Center

150 Greenwich Street, 44th Floor

New York, New York, 10007

โทรสาร: 1 (800) 342-1401

โปรดรอการดำเนินการตามคำร้องขอชดเชยค่าใช้จ่ายเป็นเวลาประมาณ 45-60 วัน Syntactx อาจจำเป็นต้องติดต่อท่านโดยตรงเพื่อขอหลักฐานหรือข้อมูลเพิ่มเติมก่อนดำเนินการชำระเงิน การชำระเงินค่าชดเชยทางการแพทย์นั้นอาจทำได้โดยการโอนเงินแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือผ่านไปรษณีย์สหรัฐอเมริกาไปยังที่อยู่ทางไปรษณีย์หลักที่ระบุไว้ในบัญชีของผู้ป่วย โปรดปรึกษาเรื่องความรับผิดชอบในการรายงานภาษีกับที่ปรึกษา านการเงินหรือภาษีของท่าน

หากมีคำถาม ติดต่อ อ Medtronic ฝ่ายงานทาง Syntactx ได้ที่สายด่วนการชดเชยค่า ชำชัง ไทย Thailand SAFE-N : +66 1800 018 014 หรือ 1800 018 014 (โทรฟรี)
หรือ

อีเมล: SAFE-N_Reimbursement@syntactx.com