

**Medtronic Vietnam**  
235 Nguyễn Văn Cừ,  
Phường Nguyễn Cư Trinh,  
Quận 1, Thành phố  
Hồ Chí Minh, Việt Nam

**Bộ giá đỡ nội mạch ngực Valiant Navion™**  
**Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm giới hạn SAFE-N**  
**Chi phí bất ngờ của bệnh nhân**



Họ tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
Ngày sinh của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Địa chỉ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_  
Khu ngoại ô: \_\_\_\_\_ Tỉnh/thành: \_\_\_\_\_ Mã bưu điện: \_\_\_\_\_  
Tên của người điền đơn (nếu không phải là bệnh nhân): \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
Quan hệ với bệnh nhân:  Vợ/chồng  Người chăm sóc  Khác: (Mô tả): \_\_\_\_\_

Nếu quý vị là thành viên gia đình hoặc không phải thành viên gia đình được ủy quyền bởi và hỗ trợ bệnh nhân thay mặt cho họ, vui lòng để bệnh nhân hoàn tất và ký tên vào mẫu Ủy quyền cho người chăm sóc bệnh nhân đính kèm.

Đính kèm là hóa đơn y tế và/hoặc giấy tờ bảo hiểm cũng như biên nhận và/hoặc hóa đơn cho chi phí bất ngờ phát sinh khi nhận chăm sóc y tế liên quan trực tiếp đến việc thu hồi Valiant Navion (chỉ xảy ra khi chi phí vượt quá \$500):

Mô tả chi phí (ví dụ: chi phí đỗ xe, ăn uống, di chuyển)	Tên công ty	Ngày chi tiêu	Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế	Ngày nhận chăm sóc y tế	Mô tả ngắn về chăm sóc y tế	Số tiền chi tiêu bất ngờ

**TỔNG CỘNG:** \_\_\_\_\_

Vui lòng tham khảo [www.NavionSafety.syntactx.com/vnm](http://www.NavionSafety.syntactx.com/vnm) để xác minh mục nào đủ điều kiện nhận bồi hoàn. Giới hạn bổ sung có thể áp dụng. Khoản bồi hoàn và tin dụng sẽ được đánh giá và phê duyệt. Số an sinh xã hội hoặc số Medicare có thể được yêu cầu sau đó. Đối với Chi phí bất ngờ không được bồi hoàn, sẽ cần một bản sao cho từng hóa đơn hoặc biên nhận yêu cầu bồi hoàn cho bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu chi phí bất ngờ vượt quá \$500 mỗi đợt chăm sóc. Giấy tờ đầy đủ cho chi phí bất ngờ (ví dụ: thời gian nghỉ phép) có thể khác nhau tùy theo bệnh nhân. Giấy tờ được cung cấp cũng phải gồm một bản sao SOC hoặc hóa đơn ghi thành từng khoản, đã hoàn thành từ nhà cung cấp dịch vụ y tế để lưu hồ sơ tính liên quan của chi phí bất ngờ với chăm sóc y tế.

Tôi xác nhận rằng các tuyên bố và thông tin có ở trên là đúng sự thật, chính xác, và đầy đủ.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người được ủy quyền: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Trong vòng 90 ngày sau ngày chụp ảnh, can thiệp lại hoặc điều trị:**  
Gửi email đơn bảo hiểm hoàn tất đến: [SAFE-N-Reimburse@syntactx.com](mailto:SAFE-N-Reimburse@syntactx.com)

Quý vị cũng có thể gửi đơn qua đường bưu điện hoặc fax đến:

**Syntactx**  
**RE: SAFE-N Project**  
**4 World Trade Center**  
**150 Greenwich Street, 44<sup>th</sup> Floor**  
**New York, New York, 10007**  
**Fax: 1 (800) 342-1401**

Xin hãy chờ từ 45 đến 60 ngày để yêu cầu bồi hoàn được xử lý. Syntactx có thể cần liên hệ trực tiếp với quý vị để xác minh thêm hoặc lấy thêm thông tin trước khi có thể xử lý thanh toán. Các khoản thanh toán cho chi phí y tế sẽ được chuyển bằng hình thức chuyển tiền điện tử hoặc qua Bưu điện Hoa Kỳ đến địa chỉ gửi thư chính của bệnh nhân được xác định trên tài khoản bệnh nhân của họ. Vui lòng tham vấn cố vấn thuế và tài chính của quý vị về mọi nghĩa vụ báo cáo thuế.

Nếu có câu hỏi, hãy liên hệ với Medtronic qua Syntactx tại đường dây trợ giúp về bồi hoàn SAFE-N Việt Nam:

+84 1800400459 hoặc 1800400459 (miễn phí)

Email: [SAFE-N\\_Reimbursement@syntactx.com](mailto:SAFE-N_Reimbursement@syntactx.com)