

လူနာသို့ -

သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ကုသမှုလိုအပ်ချက်များအတွက် (ကာသိုလစ်ကျန်းမာရေး) Catholic Health ကို ရွေးချယ်သည့် အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ သင့်ကို ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုကမ်းလှမ်းခွင့်ရသည့်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ဝမ်းသာပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ကုသမှုအထောက်အပံ့အစီအစဉ်တွင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးနိုင်ရန် ဤစာကိုပုံနှိပ်ပြီး အောက်ပါ လိုအပ်သည့်အချက်အလက်များကို ပေးပါ -

လူနာ၏နာမည်အပြည့်အစုံ - _____
 လူနာ၏မွေးနေ့သက္ကရာဇ် - _____
 ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် - _____
 လူနာ၏လိပ်စာ - _____

ငွေတောင်းခံသည့်ဌာနမှ စာရင်းနံပါတ် - _____

အိမ်ထောင်စုရှိလူဦးရေ (သင်၊ သင့်ဖခီးခင်ပွန်းနှင့် အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ကလေးဦးရေ)- _____

ထို့အပြင် အောက်ပါတို့ကိုလည်းပေးပါ -

- သင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ကုသမှုအထောက်အပံ့လျှောက်ထားလိုကြောင်း အခက်အခဲများကို အတိုချုပ်ရှင်းပြထားသည့် စာတစ်စောင်
- အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေအထောက်အထား * (*လက်မှတ်ထိုးထားသည့် နောက်ဆုံးတစ်ခေါက် နိုင်ငံတော်ဝင်ငွေခွန် ပြန်အမ်းသည့်ပုံစံ သို့မဟုတ် ဆိုရှယ်စကူရီတီနောက်ဆုံးဖော်ပြချက်နှစ်စောင် သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ လုပ်ငန်းဖြတ်ပိုင်း နောက်ဆုံးသုံးစောင် သို့မဟုတ် ဝင်ငွေလုံးဝမရှိကြောင်းအတည်ပြုထားသည့် လက်မှတ်ထိုးထားပြီး သက်သေခံထားသည့်ထွက်ဆိုချက်များကို ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် လက်ခံနိုင်ပါသည်)

အကြွေးတောင်းခံသည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံ ဤစာရင်းကိုလွှဲအပ်ခြင်းမပြုမီ ဤစာနှင့်အတူ တောင်းဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို လက်ခံရရှိရပါမည်။ ထပ်မံမေးစရာများရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများအားကူညီသည့်အဖွဲ့ကို (716) 601-3600 တွင် ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

တောင်းဆိုထားသည့်အချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက်ထားသည့်ဤစာနှင့်အတူ အောက်ပါလိပ်စာသို့ပို့ပါ -

Catholic Health/RMC
 144 Genesee Street, 3rd Floor
 Buffalo, NY 14203
 Attn: Supervisor, Credit & Collection Department

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

လူနာငွေကြေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန