



إخطار تحديد الأهلية للحصول على المساعدات المالية

التاريخ:

\_\_\_\_\_

اسم المريض:

\_\_\_\_\_

رقم الحساب:

\_\_\_\_\_

○ تمت الموافقة – تمت الموافقة على طلبك للحصول على المساعدات المالية. الخصم المؤهل الخاص بك هو \*.% \_\_\_\_

- تتم الموافقة على الخصم بوصفه لمرة واحدة فقط.
- ينطبق طلب التقدم هذا وأي خصم مقدم على حساب وتاريخ الخدمة المحددين فقط. تخضع الحسابات المستقبلية لعملية الفوترة المعتادة.

○ تم الرفض – تم رفض طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية الخاص بك للسبب (الأسباب) التالية:

\_\_\_\_\_

○ قيد الانتظار – طلب التقدم الخاص بك قيد الانتظار. ما زلنا بحاجة إلى المعلومات التالية لإكمال طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية الخاص بك:

\_\_\_\_\_

إذا تم رفض حصولك على المساعدات المالية، يُرجى الاتصال بمكتب الأعمال على الرقم التالي 3117-526(484) لمعرفة خيارات خطة السداد.

قام بالتوقيع:

\_\_\_\_\_