



재정 지원 결정 통지

날짜: _____

환자 이름: _____

계좌 번호: _____

- **승인 완료** – 귀하의 재정 지원 요청이 승인되었습니다. 귀하가 받을 수 있는 할인은 __%입니다.*

- 1회에 한해 할인이 승인되었습니다.
- 이 신청과 제공되는 할인 혜택은 지정된 서비스 날짜의 해당 계좌에만 적용됩니다. 이후 계좌는 정상적으로 청구됩니다.

- **승인 거부** – 귀하의 재정 신청이 다음과 같은 이유로 거부되었습니다.
-

- **보류 중** – 귀하의 신청이 보류 중입니다. 귀하의 재정 지원 신청을 완료하기 위해서는 다음 정보가 필요합니다.
-

재정 지원이 거부된 경우 (484)526-3117번으로 사업부에 전화해 지불 계획 옵션을 문의하십시오.

서명: _____