



Medina Surgery Center

पूर्ण रूपमा भुक्तानी गरिएका वस्तुहरू वा सेवाहरूका लागि बीमा स्वास्थ्य योजनामा जानकारीको खुलासा
निषेध गर्न अनुरोध

म, _____ मेडिना शल्यक्रिया केन्द्रलाई भुक्तानी प्रयोजनहरूका लागि मेरो बीमा
कम्पनी/स्वास्थ्य योजना _____ (नाम) बाट निम्न स्वास्थ्य स्याहारका
वस्तु(हरू) वा सेवा(हरू) सँग सम्बन्धित जानकारी रोक्न अनुरोध गर्दछु। मैले आफ्नो स्वास्थ्य योजनामा खुलासा नगर्नको
लागि चयन गर्दै गरेको वस्तु(हरू)/सेवा(हरू) निम्न हुन्:

म यी सेवाहरूका लागि बिलिड कथन प्राप्त गरेको 30 दिन भित्रमा पूर्ण भुक्तानी गर्नको लागि जिम्मेवार हुनेछु भनी मैले
बुझ्दछु। यी सेवाहरूका लागि भुक्तान गर्न चयन गर्नाले, म कुनै पनि वित्तीय सहायता कार्यक्रमको लागि योग्य हुन्न
भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु।

म प्रतिबन्धको लागि मेरो अनुरोधका सेवाहरू फलो अप गर्ने प्रदायकहरू वा अतिरिक्त प्रदायकहरूलाई सूचित गर्नको लागि
जिम्मेवार छु भनी मैले बुझ्दछु। कानूनद्वारा आवश्यक भएमा यो जानकारी खुलासा गर्न सकिन्छ भनी मैले बुझ्दछु।

बिलिड कथन प्राप्त गरेको 30 दिन भित्रमा पूर्ण रूपमा भुक्तानी गरिँदैन भने, मैले बुझ्दछु कि यो अनुरोध/सम्झौतालाई रद्द
गरिने छ र मेडिना शल्यक्रिया केन्द्रलाई भुक्तानी प्रयोजनहरूका लागि स्वास्थ्य योजनामा यी सेवाहरूसँग सम्बन्धित सबै
जानकारी खुलासा गर्न अनुमति दिइने छ।

बिरामीको हस्ताक्षर

मिति

बिरामी पहुँच प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति

यहाँ बिरामी लेबुल
लगाउनुहोस्