

اتفاقية المسؤولية المالية

(ليس للاستخدام مع الجزء أ أو ب من برنامج Medicare)

تاريخ الإخطار: _____

Notice Date

الخدمة (الخدمات): _____

Service(s)

إنني أدرك أن الخدمة (الخدمات) غير الطارئة المحددة أعلاه قد لا يتم تغطيتها (دفعها) من قبل خطتي الصحية لسبب أو أكثر من الأسباب المذكورة أدناه:

- AAH خارج الشبكة لخطة التأمين الخاصة بي، أو لا تشارك في الخطة، أو ليست جزءاً من اختيار الشبكة التي تدفع أعلى المخصصات بالنسبة لي. قد يتم دفع رسوم الخدمة (الخدمات) الخاصة بي بسعر مخفض أو قد يتم رفضها لأنها غير مغطاة، أو قد أحتاج إلى إرسال مطالبة إلى خطتي. يعني استخدام AAH لخدماتي أنني سأدين بالجزء الأكبر الخاص بالمريض، وقد أدين بالرسوم الكاملة.
- لم تتم الموافقة على ترخيص التأمين الخاص بي أو إحالة HMO.
- لقد تجاوزت التكرار المسموح به للخدمات/الزيارات بناءً على المعلومات التي قدمها لي مقدم خدمة التأمين الخاص بي.
- حددت خطتي الصحية أن الخدمة (الخدمات) المخطط لها لن تتم تغطيتها.
- تعتبر خطة التأمين الخاصة بي أن الخدمات الضرورية طبيًا هي خدمات استقصائية/تجريبية/غير مثبتة وأنا أفهم أنها لن تتم تغطيتها.
- غير ذلك (يرجى التحديد)

لقد تم إخطاري بتكاليفي المقدرة. أفهم أنه من خلال متابعة هذه الخدمات، فأنا أقبل المسؤولية المالية الكاملة. سوف يلغي هذا التنازل بيان مسؤولية المريض في شرح المخصصات من خطة التأمين الخاصة بي.

التاريخ _____

توقيع المريض أو الضامن

Date _____ Time _____

AAH Team Member signature

Date _____ Time _____

Interpreter Name/ID

Language Interpreted

قد لا يتم جدولة الخدمات حتى وقت استلام AAH لهذا النموذج الموقع ودفع جزء المريض المقدر. يمكن الوصول إلى المدافعين الماليين على رقم الهاتف 800-326-2250 WI أو 847-795-2300 IL.

