



재정적 책임 동의서

(Medicare 파트 A 또는 B 에 사용하지 말 것)

통지일: _____
Notice Date

서비스: _____
Service(s)

저는 위에 명시된 비응급 서비스가 아래 명시된 하나 이상의 이유로 인해 본인의 건강 보험으로 보장(지급)되지 않을 수 있음을 이해합니다.

- AAH 가 보험 플랜의 네트워크에 속하지 않거나, 플랜 가입자가 아니거나, 가장 많은 혜택을 제공하는 네트워크 중 하나에 속하지 않는다. 내 서비스가 할인 요율로 지급되거나, 비보장 항목으로 거부되거나, 내 플랜에 청구서를 제출해야 할 수도 있다. AAH 를 서비스에 적용하면 더 많은 환자 부담 비용을 지급하거나 전체 비용을 모두 지급해야 할 수도 있다는 것을 의미한다.
- 보험 허가 또는 HMO 의뢰가 승인되지 않았다.
- 보험 제공자가 제공한 정보에 따른 때 허용되는 서비스/방문 빈도를 초과했다.
- 건강보험에서 계획한 서비스가 보장 대상이 아니라고 결정했다.
- 보험 플랜에서 의학적으로 필요한 서비스를 임상시험/실험/미검증 서비스로 간주하므로 보장되지 않을 것임을 이해한다.
- 기타 (구체적으로 기술) _____

저는 추정 비용을 통지 받았습니니다. 저는 이 서비스를 진행하면 전적인 재정적 책임에 동의하게 된다는 사실을 이해합니다. 이 권리 포기는 제 보험 플랜 급여의 설명에 대한 환자 책임 진술을 대체합니다.

_____ 날짜 _____
환자/보증인 서명

_____ Date _____ Time _____
AAH Team Member signature

Date _____ Time _____
Interpreter Name/ID _____ Language Interpreted _____

서명된 이 양식이 AAH 에 접수되고 추정 환자 부담 비용이 지급될 때까지 서비스를 예약할 수 없습니다. 우리 재무 설계사는 800-326-2250(위스콘신 주) 또는 847-795-2300(일리노이 주)로 연락할 수 있습니다.

