



### СОГЛАШЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

(не применимо к плану Medicare Часть А или В)

Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_  
Notice Date

Услуга(и): \_\_\_\_\_  
Service(s)

Я понимаю, что перечисленные выше услуги, не требующие срочного медицинского вмешательства, могут быть не оплачены/не покрыты моим планом медицинского страхования по одной или нескольким причинам, указанным ниже.

- Медицинские учреждения сети Advocate Aurora Health (AAH) не входят в сеть обслуживания моего страхового плана, не участвуют в плане или не входят в сеть, которая предоставляет мне наибольшие выплаты. Полученные мной услуги могут оплачиваться по сниженной ставке, мне могут вовсе отказать в их покрытии или мне может быть нужно подать заявку в администрацию своего плана. При обращении в учреждения ААН для получения услуг мне будет необходимо оплатить бóльшую часть счета, выставленного пациенту, или даже полностью оплатить его.
- Мой запрос на утверждение услуги или направление от организации медицинского обеспечения (НМО) не были одобрены страховой компанией.
- Согласно информации, предоставленной моей страховой компанией, мною было превышено допустимое количество услуг/посещений.
- Администрация моего плана медицинского страхования постановила, что расходы на все плановые услуги не будут покрыты.
- В рамках моего плана страхования необходимые медицинские услуги считаются диагностическими/экспериментальными/необоснованными, и я понимаю, что расходы на них не будут покрыты.
- Другое (укажите) \_\_\_\_\_

Меня проинформировали о предполагаемых расходах. Я понимаю, что, продолжая получать эти услуги, я принимаю на себя полную финансовую ответственность. Данное соглашение аннулирует заявление об ответственности пациента в рамках информирования о льготах, предусмотренных моим планом страхования.

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Подпись пациента/поручителя

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_  
AAH Team Member signature

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Interpreter Name/ID \_\_\_\_\_ Language Interpreted \_\_\_\_\_

**Дата и время получения услуг не могут быть назначены, пока данная форма не будет подписана и отправлена в ААН, а также пока пациент не оплатит причитающуюся ему долю расходов по этим услугам.** С нашими финансовыми адвокатами можно связаться по номеру 800-326-2250 (штат Висконсин) или 847-795-2300 (штат Иллинойс).

