



财务责任协议

(不适用于 Medicare A 或 B 部分)

通知日期: _____

Notice Date

服务: _____

Service(s)

本人了解, 由于以下一个或多个原因, 本人的健康计划可能不会承保(支付)上述非紧急服务:

- AAH 不在本人的保险计划网络中、并未参与计划, 或者不属于为本人支付最高福利的网络选择。本人所接受服务可能会按照较低费率进行支付, 或者可能因不在承保范围内而被拒绝支付, 或者本人可能需要向本人的计划提交理赔请求。通过 AAH 接受服务, 即代表本人需要承担更高的患者负担费用, 甚至可能需要支付全部费用。
- 本人的保险授权或 HMO 转介未获批准。
- 根据本人保险公司所提供的信息, 本人已超出所允许的服务/就诊频率。
- 本人的健康计划已决定不承保本人的计划服务。
- 本人的保险计划将具医疗必要性的服务认定为调查性/实验性/未经证实的服务, 并且本人理解该服务不会被承保。
- 其他(请说明) _____

本人已被告知本人需要承担的预估费用。本人了解, 一旦接受此类服务, 即代表本人同意承担全部财务责任。此免责声明取代本人保险计划所提供福利说明中的患者责任声明。

_____ 日期 _____
患者/担保人签名

_____ Date _____ Time _____
AAH Team Member signature

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

在 AAH 收到已签名的此表格并且已支付预估的患者负担费用之前, 可能不会安排服务。您可以致电 800-326-2250 WI 或 847-795-2300 IL 与我们的财务维权人员联系。

