



Now part of  **ADVOCATEHEALTH**

Ukrainian

Patient Label Box

## Угода про фінансову відповідальність

(не застосовується до частин А або В плану Medicare)

Дата повідомлення (*Notice Date*): \_\_\_\_\_

Послуги (*Service(s)*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я розумію, що зазначені вище послуги, не пов'язані з наданням невідкладної допомоги, можуть не покриватися (не оплачуватися) моєю програмою медичного страхування в одному або кількох випадках, перерахованих нижче.

- Advocate Aurora Health, Inc. (далі – ААН) перебуває поза мережею моєї програми медичного страхування, не бере участі в програмі страхування або не входить у мережу, яка виплачує найбільші суми. Послуги можуть бути оплачені за зниженим тарифом чи відхилені як такі, що не покриваються, або мені, можливо, доведеться подати заяву в адміністрацію програми. Під час користування послугами ААН я буду зобов'язаний(-на) покрити більшу частину або всю суму витрат.
- Дозвіл на страхування або скерування в організацію медичного забезпечення (Health Maintenance Organization, HMO) не схвалено.
- Я перевищив(-ла) можливий ліміт медичних послуг і (або) прийомів, зазначений страховим агентом.
- Програма медичного страхування передбачає відсутність виплат за планові послуги.
- Програма медичного страхування розглядає необхідні медичні послуги як дослідницькі/експериментальні/недоведені, і я розумію, що відшкодування за такі послуги не передбачено.
- Інше (зазначте) (*other reason(s) why service(s) may not be covered*): \_\_\_\_\_

Мені повідомили про мої орієнтовні витрати. Я розумію, що поновлення послуг означає, що я беру на себе повну фінансову відповідальність. Ця відмова скасовує заяву про відповідальність пацієнта в частині роз'яснення пільг за системою медичного страхування.

Дата ( <i>Date</i> )	Час ( <i>Time</i> )	Підпис одного з батьків / поручителя ( <i>Parent/Guarantor Signature</i> )
----------------------	---------------------	--

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Interpreter Name: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

**Дата й час отримання послуг не можуть бути призначені, доки ААН не отримає цю підписану форму, а також доки пацієнт не сплатить свою передбачувану частку.** Щоб отримати консультацію з фінансових питань від наших спеціалістів, зателефонуйте на номер 800-326-2250 (штат Вісконсин) або 847-795-2300 (штат Іллінойс).

