



Now part of  **ADVOCATEHEALTH**

Russian

Patient Label Box

## Соглашение о финансовой ответственности

(не применимо к Частям А или В плана Medicare)

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

Услуга(-и) (*Service(s)*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я понимаю, что перечисленные выше услуги, не требующие срочного медицинского вмешательства, могут не покрываться (не оплачиваться) моей программой медицинского страхования по одной или нескольким причинам, указанным ниже.

- Advocate Aurora Health, Inc. (AAH) находится вне сети моей программы медицинского страхования, не участвует в программе страхования или не входит в сеть, которая выплачивает наибольшие суммы. Полученные мной услуги могут быть оплачены по сниженному тарифу или отклонены как не покрываемые, либо мне, возможно, потребуются подать заявление в администрацию программы. При пользовании услугами ААН я буду обязан(-а) покрыть большую часть или всю сумму расходов.
- Разрешение на страхование или направление в организацию медицинского обеспечения (Health Maintenance Organization, НМО) не одобрены.
- Я превысил(-а) допустимый лимит медицинских услуг и (или) приемов, обозначенный страховым агентом.
- Программа медицинского страхования предусматривает отсутствие выплат за плановые услуги.
- Программа медицинского страхования рассматривает необходимые медицинские услуги как исследовательские, экспериментальные и (или) недоказанные, и я понимаю, что возмещение за такие услуги не предусмотрено.
- Другое (укажите) (*other reason(s) why service(s) may not be covered*): \_\_\_\_\_

Я проинформирован(-а) о предполагаемых расходах. Я понимаю, что продление услуг означает, что я беру на себя полную финансовую ответственность. Данный отказ отменяет заявление об ответственности пациента в части разъяснения льгот по системе медицинского страхования.

\_\_\_\_\_

Дата (*Date*)                      Время (*Time*)                      Подпись родителя и (или) гаранта (*Parent/Guarantor Signature*)

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

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

**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).**

