



Now part of  **ADVOCATEHEALTH**

Simplified Chinese

Patient Label Box

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，由于下列某个或多个原因，本人的健康计划可能不承保（支付）上述非紧急服务：

- Advocate Aurora Health, Inc. (“AAH”) 不在本人的保险计划网络内、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。
- 本人的保险授权或卫生维护组织 (Health Maintenance Organization, HMO) 转诊未被批准。
- 根据本人的保险提供商提供给本人的信息，本人已经超过了允许的服务/就诊频率。
- 本人的健康计划已决定不承保本人打算接受的服务。
- 本人的保险计划将具医疗必要性之服务视为研究性/实验性/未经证实的服务，同时本人了解其不会受到承保。
- 其他（请注明）(other reason(s) why service(s) may not be covered): _____

本人已被告知本人需要承担的预估费用。本人理解，如果继续接受这些服务，本人将承担全部的财务责任。此责任免除书将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 (Date)	时间 (Time)	家长/担保人签名 (Parent/Guarantor Signature)
-----------	-----------	---------------------------------------

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

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。

