



Now part of  **ADVOCATEHEALTH**

Traditional Chinese

Patient Label Box

## 財務責任協議

(不適用於 Medicare A 或 B 部分)

通知日期 (Notice Date) : \_\_\_\_\_

服務 (Service(s)) : \_\_\_\_\_

本人瞭解，由於下列某個或多個原因，本人的健康計畫可能不承保（支付）上述非緊急服務：

- Advocate Aurora Health, Inc. (“AAH”) 不在本人的保險計畫網絡內、未參與計畫，或者不屬於為本人支付最高福利的網絡選擇。本人所接受服務可能按照較低費率進行支付，或者可能因不在承保範圍內而遭拒絕支付，或者本人可能需要向計畫提交理賠申請。對本人所接受的服務使用 AAH，表示本人需要負責支付更多的患者負擔費用，甚至可能需要負責支付全部費用。
- 本人的保險授權或健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 轉診並未獲核准。
- 根據本人的保險供應商提供給本人的資訊，本人已經超過了允許的服務/就診頻率。
- 本人的健康計畫已決定不支付本人計劃的服務。
- 本人的保險計畫認為必要的醫療服務是研究性/實驗性/未經證實的，本人理解它們將不受承保。
- 其他（請註明）(other reason(s) why service(s) may not be covered): \_\_\_\_\_

本人已被告知本人需要承擔的預估費用。本人理解，如果繼續接受這些服務，本人將承擔全部的財務責任。此責任免除書將取代本人保險計畫所提供福利說明中的患者責任聲明。

日期 (Date)	時間 (Time)	家長/擔保人簽名 (Parent/Guarantor Signature)
-----------	-----------	---------------------------------------

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

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

在 AAH 收到已簽名的此表單並且預估患者負擔費用已支付之前，可能不會安排相關服務。您可撥打 800-326-2250 WI 或 847-795-2300 IL 與我們的財務維權人員聯絡。

