Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Korean

Patient Label Box

# 재정적 책임 동의서

(Medicare 파트 A 또는 B에 사용하지 말 것)

통지일*(Notice Date)*: _____

서비스*(Service(s))*: _____

_____

_____

본인은 위에 명시된 비응급 서비스가 아래에 명시된 하나 이상의 이유로 인해 본인의 건강 보험으로 보장(지급)되지 않을 수 있음을 이해합니다.

- Advocate Aurora Health, Inc.("AAH")가 보험 플랜의 네트워크에 속하지 않거나, 플랜에 참여하지 않거나, 본인에게 가장 많은 혜택을 제공하는 네트워크 중 하나에 속하지 않습니다. 본인이 받은 서비스가 할인 요율로 지급되거나, 비보장 항목으로 거부되거나, 내 플랜에 청구서를 제출해야 할 수도 있습니다. AAH를 서비스에 적용하면 더 많은 환자 분담 비용을 지급하거나 전체 비용을 모두 지급해야 할 수도 있다는 것을 의미합니다.
- 보험 허가 또는 보험 유지관리 조직(Health Maintenance Organization, HMO) 의뢰가 승인되지 않았습니다.
- 보험 제공업체에서 본인에게 제공한 정보에 따라 허용되는 서비스/방문 횟수를 초과했습니다.
- 본인의 건강 플랜에서 본인이 계획한 서비스가 보장되지 않는다고 결정했습니다.
- 본인의 보험 플랜에서 의학적으로 필요한 서비스를 조사/실험/검증되지 않은 것으로 간주하여 보장하지 않는다는 것을 이해합니다.
- 기타(자세히 기재해 주십시오)*(other reason(s) why service(s) may not be covered)*: _____

본인은 이 서비스를 진행함으로써 본인이 전적으로 재정적 책임을 진다는 것을 이해합니다. 이 면제는 본인이 가입한 보험 플랜의 혜택 설명서에 있는 환자 책임 진술에 우선합니다.

| 날짜*(Date)* | 시간*(Time)* | 환자/보증인 서명*(Patient/Guarantor Signature)* |
|---|---|---|

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

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

**서명된 이 양식이 AAH에 접수되고 추정 환자 분담 비용이 지급될 때까지 서비스를 예약할 수 없습니다.** 우리 재무 설계사는 800-326-2250(위스콘신 주) 또는 847-795-2300(일리노이 주)로 연락할 수 있습니다.