Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Vietnamese

Patient Label Box

Thỏa Thuận Về Trách Nhiệm Tài Chính

(không sử dụng với Medicare Phần A hoặc B)

Ngày Thông Báo *(Notice Date)*: _____

(Các) Dịch Vụ *(Service(s))*: _____

_____

_____

Tôi hiểu rằng (các) dịch vụ không khẩn cấp được xác định bên trên có thể không được chương trình bảo hiểm của tôi bao trả (thanh toán) vì một hoặc nhiều lý do được liệt kê dưới đây:

- Advocate Aurora Health, Inc. ("AAH") nằm ngoài mạng lưới của chương trình bảo hiểm của tôi, không tham gia vào chương trình bảo hiểm đó hoặc không thuộc lựa chọn mạng lưới bao trả cho các quyền lợi cao nhất cho tôi. (Các) dịch vụ của tôi có thể được thanh toán ở mức chi phí đã được giảm hoặc có thể bị từ chối vì không được bao trả hoặc tôi có thể cần phải nộp yêu cầu bồi thường tới chương trình bảo hiểm của tôi. Việc tôi sử dụng AAH để thực hiện các dịch vụ của tôi đồng nghĩa với việc tôi sẽ phải thanh toán phần tiền bệnh nhân tự chi trả lớn hơn và tôi có thể phải thanh toán toàn bộ các chi phí.
- Giấy ủy quyền bảo hiểm hoặc giấy giới thiệu từ Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Health Maintenance Organization, HMO) của tôi chưa được chấp thuận.
- Tôi đã vượt quá số lần sử dụng dịch vụ/khám bệnh cho phép dựa trên thông tin mà nhà cung cấp bảo hiểm cung cấp cho tôi.
- Chương trình bảo hiểm y tế của tôi đã xác định rằng (các) dịch vụ đã được lên kế hoạch của tôi sẽ không được bao trả.
- Chương trình bảo hiểm của tôi cho rằng các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ đang nghiên cứu/thử nghiệm/chưa được chứng minh và tôi hiểu rằng các dịch vụ này sẽ không được bao trả.
- Khác (nêu rõ) *(other reason(s) why service(s) may not be covered)*: _____

Tôi hiểu rằng khi quyết định sử dụng các dịch vụ này, nghĩa là tôi chấp nhận toàn bộ trách nhiệm tài chính. Thỏa thuận miễn giảm này được ưu tiên hơn tuyên bố về trách nhiệm của bệnh nhân trong bản giải thích quyền lợi từ chương trình bảo hiểm của tôi.

Ngày *(Date)*	Giờ *(Time)*	Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh *(Patient/Guarantor Signature)*

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

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

Các dịch vụ có thể không được lên lịch cho đến khi AAH nhận được biểu mẫu đã ký này và phần chi phí ước tính của bệnh nhân đã được thanh toán. Quý vị có thể liên hệ với bộ phận Hỗ Trợ Tài Chính theo số điện thoại 800-326-2250 WI hoặc 847-795-2300 IL.