AdvocateAuroraHealth

УВЕДОМЛЕНИЕ MEDICARE О СОВМЕСТНОМ СТРАХОВАНИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ПО ПРОГРАММЕ MEDICARE
(Только для отделений, расположенных за пределами кампуса больницы*)

Пациентам программы Medicare:

Правила программы Medicare требуют предоставления уведомления о потенциальной материальной ответственности за медицинские услуги, которые вы получите.

Мы обязаны сообщить о том, что поскольку услуги предоставляются департаментом

_____, вы понесете ответственность по совместному страхованию
(Hospital Name)
перед больницей, которая может быть отличной от ответственности по совместному страхованию, которую бы вы понесли в случае, если услуги предоставлялись учреждением, расположенным не на базе больницы. В настоящее время доступна следующая информация о предполагаемом размере ответственности по совместному страхованию:

☐ Размер ответственности по совместному страхованию медицинских услуг *оценивается* в $ _____ на основе имеющейся информации о запланированных услугах.

☐ В настоящее время, поскольку точный тип и объем необходимых услуг неизвестен, предоставляется оценка, основанная на стандартном посещении. $ _____

Фактическая сумма ответственности по совместному страхованию перед больницей может отличаться от приведенной выше оценки. Размер фактической ответственности по совместному страхованию будет основан на полученных услугах и также подлежит окончательному определению программой Medicare.

В случае участия в государственной программе медицинской помощи (Medicaid) размер ответственности по совместному страхованию может быть уменьшен или отменен по закону.

Ответственность пациента по совместному страхованию за медицинские услуги отделена от обязательств по совместному страхованию в рамках программы Medicare, которые он может понести за любые врачебные или профессиональные услуги, оказанные ему в связи с предоставлением медицинских услуг.

Я ознакомился с вышеизложенным и понимаю, что буду нести ответственность перед больницей за совместное страхование по программе Medicare в соответствии с законом.

_____	_____	_____
Дата	Время	Подпись пациента или уполномоченного представителя

***NOTE FOR CAREGIVERS:** This form is only to be used at off campus hospital-based clinics

INSTRUCTIONS: Return completed form to Registration for scanning to HAR.

© AHC **S48986** (Rev. 06/21)