AdvocateAuroraHealth

AVISO DE COASEGURO PARA PACIENTES AMBULATORIOS CON MEDICARE
(Únicamente para departamentos hospitalarios fuera del campus*)

A nuestros pacientes de Medicare:

Las regulaciones de Medicare nos exigen que le avisemos de su posible responsabilidad financiera por los servicios hospitalarios que recibirá.

Estamos obligados a informarle que debido a que los servicios los brinda un departamento del

_____, incurrirá en una responsabilidad de coaseguro para con el hospital
(Hospital Name)
que puede ser diferente a la responsabilidad de coaseguro en la que usted incurriría si los servicios fueran proporcionados en una entidad no hospitalaria. En este momento, podemos brindarle la siguiente información sobre el monto estimado de su responsabilidad de coaseguro:

☐ Se *estima* que su responsabilidad de coaseguro por los servicios hospitalarios es de según nuestra información actual sobre los servicios programados. $ _____

☐ En este momento, debido a que no sabemos el tipo y alcance exacto de los servicios que usted puede necesitar, le proporcionamos un estimado basado en una visita típica. $ _____

Es posible que el monto real de su responsabilidad de coaseguro para con el hospital sea diferente de cualquier presupuesto que se presente arriba. La responsabilidad real del coaseguro se basará en los servicios que usted reciba y también está sujeta a la determinación final del programa de Medicare.

Si está inscrito en un programa estatal de asistencia médica (Medicaid), la ley puede reducir o eliminar su responsabilidad de coaseguro.

Su responsabilidad de coaseguro por servicios hospitalarios es independiente de la responsabilidad de coaseguro de Medicare que usted pueda tener por cualquier médico o servicio profesional que se le preste en conjunto con los servicios hospitalarios.

He leído lo anterior y entiendo que incurriré en una responsabilidad ante el hospital por el coaseguro de Medicare según lo permita la ley.

_____ _____ _____

Fecha Hora Firma del paciente o representante autorizado

***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)