



Aurora Health Care®

Milwaukee, Wisconsin

- ABMC
- AHCM
- ALMC
- AMCG

- AMCK
- AMCMC
- AMCO
- AMCS

- AMCWC
- AMHB
- APH
- ASMMC

AWAMC

Aurora Health Center:

Sitio: \_\_\_\_\_

### AVISO SOBRE EL COASEGURO PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE MEDICARE (Solamente para las clínicas fuera del campus\*)

A nuestros pacientes de Medicare:

Los reglamentos de Medicare nos obligan a notificarle sobre las posibles obligaciones económicas en las que incurrirá por los servicios hospitalarios que recibirá.

Estamos obligados a informarle que, debido a que un departamento del \_\_\_\_\_ le prestará los servicios que reciba, usted deberá hacerle al (Nombre del hospital)

hospital un pago de coaseguro que podría diferir del pago de coaseguro que tendría que hacer si los servicios se prestaran en una entidad no hospitalaria. En este momento podemos proporcionarle la siguiente información sobre el monto estimado del pago de coaseguro:

- El pago de su coaseguro por los servicios hospitalarios se **calcula** que es de aproximadamente \$ \_\_\_\_\_, de acuerdo con la información actual que tenemos sobre los servicios programados.
- En este momento no podemos proporcionarle el cálculo estimado de su pago ya que no sabemos con exactitud el tipo ni el alcance de los servicios que podría necesitar. De manera que, le ofrecemos un cálculo estimado basados en una consulta normal de \$ \_\_\_\_\_.

**El monto real que deberá pagarle al hospital en concepto de coaseguro puede ser diferente al monto aproximado que se mencionó anteriormente. El pago real del coaseguro se basará en los servicios que reciba y estará sujeto a la determinación final que tome el programa de Medicare.**

Si está inscrito en un programa estatal de asistencia médica (Medicaid), su pago de coaseguro podría reducirse o eliminarse, se conformidad con la ley.

**Su pago de coaseguro por servicios hospitalarios es aparte del pago de coaseguro de Medicare que pueda deber por cualquier servicio médico o profesional que haya recibido junto con los servicios hospitalarios.**

Leí lo antes mencionado y entiendo que debo pagarle al hospital por el coaseguro de Medicare, de conformidad con lo que estipule la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*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 S48986sp (Rev. 06/17)