



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE PAGO

(no usar con la Parte A o B de Medicare)

Fecha de aviso: _____
Notice Date

Servicios: _____
Service(s)

Entiendo que es posible que mi plan de salud no cubra (pague) los servicios identificados arriba que no son de emergencia, por uno o más de los motivos listados abajo:

- AAH está fuera de la red de mi plan de seguro, no participa en el plan o no es parte de la elección de la red que me paga los beneficios más altos. Es posible que mis servicios se paguen a una tarifa reducida o se denieguen por no estar cubiertos, o es posible que deba presentar un reclamo a mi plan. El uso de AAH para mis servicios significa que deberé hacerme cargo de una mayor parte como paciente y es posible que deba los cargos en su totalidad.
- No se ha aprobado la autorización de mi seguro o la remisión a la HMO.
- He excedido la frecuencia permitida de servicios/visitas según la información que me dio mi proveedor de seguros.
- Mi plan de seguro ha tomado la determinación de que mis servicios planificados no estarán cubiertos.
- Mi plan de seguro considera que los servicios médicamente necesarios son de investigación/experimentales/no probados y entiendo que no estarán cubiertos.
- Otro (especificar) _____

Me han informado de mis costos estimados. Entiendo que al continuar con estos servicios, acepto la responsabilidad total de pago. Esta exención anulará la declaración de responsabilidad del paciente sobre la explicación de los beneficios de mi plan de seguro.

Firma del paciente/garante

Fecha _____

AAH Team Member signature

Date _____ Time _____

Date _____ Time _____
Interpreter Name/ID _____ Language Interpreted _____

Es posible que los servicios no se programen hasta que AAH reciba este formulario firmado y se pague la parte estimada del paciente. Puede comunicarse con nuestros defensores financieros al número de teléfono 800-326-2250 WI o 847-795-2300 IL.

