

財務責任協議

(不適用於 Medicare A 或 B 部分)

通知日期： _____

Notice Date

服務： _____

Service(s)

本人瞭解，由於下列一個或多個原因，本人的健康計畫可能不承保（支付）上述非緊急服務：

- AAH 不在本人的保險計畫網路內、未參與計畫，或者不屬於為本人支付最高福利的網路選擇。本人所接受服務可能按照較低費率進行支付，或者可能因不在承保範圍內而遭拒絕支付，或者本人可能需要向計畫提交理賠申請。對本人所接受的服務使用 AAH，表示本人需要負責支付更多的患者負擔費用，甚至可能需要負責支付全部費用。
- 本人的保險授權或 HMO 轉診並未獲核准。
- 根據本人保險公司向本人提供的資訊，本人已超出所允許的服務/就診頻率。
- 本人的健康計畫已決定不承保本人的計畫服務。
- 本人的保險計畫將具醫療必要性的服務視為研究性/實驗性/未證實有效的服務，並且本人理解此類服務不會獲得承保。
- 其他（請指明） _____

本人已被告知本人需要承擔的預估費用。本人瞭解，一旦接受此類服務，即表示本人同意承擔全部財務責任。此責任免除書將取代本人保險計畫所提供福利說明中的患者責任聲明。

_____ 日期 _____

患者/擔保人簽名

_____ Date _____ Time _____

AAH Team Member signature

Date _____ Time _____

Interpreter Name/ID

Language Interpreted

在 AAH 收到已簽名的此表單並且已支付預估患者負擔費用之前，可能不會安排相關服務。您可致電 800-326-2250 WI 或 847-795-2300 IL 與我們的財務維權人員聯絡。

