

## اتفاقية المسؤولية المالية

(لا تُستخدم مع الجزء أ أو ب من برنامج Medicare)

تاريخ الإخطار (Notice Date): \_\_\_\_\_

الخدمة (الخدمات) (Service(s)): \_\_\_\_\_

أفهم أن خطتي الصحية قد لا تغطي (تدفع) تكلفة الخدمة (الخدمات) غير الطارئة المحددة أعلاه، لسبب واحد أو أكثر من الأسباب المذكورة أدناه:

• تعد شركة Advocate Aurora Health, Inc. ("AAH") خارج شبكة خطتي التأمينية أو غير مشاركة في الخطة أو ليست من ضمن خيارات الشبكة التي تقدم أعلى المخصصات بالنسبة لي. قد تُدفع رسوم مخفضة لقاء الخدمة (الخدمات) التي أحصل عليها أو قد يُرفض تقديمها لي بسبب كونها غير مشمولة بالتغطية أو قد أحتاج إلى تقديم مطالبة إلى مسؤولي خطتي. وتعني الاستعانة بخدمات شركة AAH أنني سأدين بحصة أكبر من تكاليف المريض، وقد أكون مسؤولاً عن تحمل الرسوم كاملة.

• لم تتم الموافقة على تصريح تأميني أو إحالتي لمنظمة المحافظة على الصحة (Health Maintenance Organization, HMO).

• لقد تجاوزت عدد الخدمات/الزيارات المسموح بها بناءً على المعلومات التي قدمتها لي جهة تأميني.

• قرر القائمون على خطتي الصحية أن الخدمة (الخدمات) المخطط لها لن تكون مشمولة بالتغطية.

• خطة تأميني تعتبر أن الخدمات الضرورية من الناحية الطبية هي خدمات بحثية/تجريبية/غير مثبتة الفعالية وأنا أفهم أنها لن تكون مشمولة بالتغطية.

• غير ذلك (يرجى التحديد) (other reason(s) why service(s) may not be covered): \_\_\_\_\_

لقد أُخطرت بتكاليفي المقدرة. أفهم أنه من خلال تلقي هذه الخدمات، فأنا أوافق على تحمل كامل المسؤولية المالية. وسوف يلغي هذا الإعفاء بيان مسؤولية المريض الوارد في شرح المخصصات الذي في خطة تأميني.

توقيع ولي الأمر/الضامن (Parent/Guarantor Signature)

الوقت (Time)

التاريخ (Date)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Interpreter Name: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

قد لا تتم جدولة الخدمات حتى وقت استلام شركة AAH لهذا النموذج المُوَقَّع ودفع حصة تكاليف المريض المقدرة. ويمكن الوصول إلى مسؤولي الدعم المالي عبر رقم الهاتف 800-326-2250 التابع لولاية ويسكونسن أو الرقم 847-795-2300 التابع لولاية إلينوي.

