



Aurora Health Care

Now part of  **ADVOCATEHEALTH**

Polish

Patient Label Box

Umowa o odpowiedzialności finansowej

(nieprzeznaczona do użytku z Medicare część A lub B)

Data zawiadomienia (*Notice Date*): _____

Świadczenie (świadczenia) (*Service(s)*): _____

Rozumiem, że usługi inne niż dotyczące nagłych wypadków określone powyżej mogą nie być objęte (opłacone) moim ubezpieczeniem zdrowotnym z co najmniej jednego poniższego powodu:

- Advocate Aurora Health, Inc. („AAH”) jest poza zakresem objętym moim planem ubezpieczeniowym, nie uczestniczy w tym planie lub nie jest częścią sieci, która wypłaca mi najwyższe świadczenia. Usługi, z których korzystam, mogą zostać opłacone po obniżonej stawce lub mogą zostać odrzucone jako nieobjęte ubezpieczeniem. Konieczne może być też skierowanie roszczenia do mojego ubezpieczyciela. Wykorzystanie AAH w odniesieniu do moich usług oznacza, że będę zobowiązany(-a) do uiszczenia większej części opłaty pacjenta lub pełnej kwoty opłaty.
- Moje upoważnienie z tytułu ubezpieczenia lub skierowanie HMO nie zostało zatwierdzone.
- Przekroczyłem(-am) dopuszczalną częstotliwość świadczeń/wizyt wynikającą z informacji przekazanych mi przez mojego ubezpieczyciela.
- Mój plan opieki zdrowotnej nie obejmuje zaplanowanego świadczenia (zaplanowanych świadczeń) ochroną ubezpieczeniową.
- W moim planie ubezpieczenia usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia mają charakter badawczy/eksperymentalny/niesprawdzony. Rozumiem, że nie będą objęte ubezpieczeniem.
- Inne (należy określić) (*other reason(s) why service(s) may not be covered*): _____

Poinformowano mnie o szacowanych kosztach. Rozumiem, że realizując te usługi zdrowotne, biorę na siebie pełną odpowiedzialność finansową. Niniejsze zrzeczenie zastępuje oświadczenie o odpowiedzialności pacjenta dotyczące wyjaśnień świadczeń wypłacanych z mojego planu ubezpieczeniowego.

Data (*Date*)

Godzina (*Time*)

Podpis rodzica/poręczyciela (*Parent/Guarantor Signature*)

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

Usług nie można zaplanować do czasu otrzymania przez AAH niniejszego podpisanego formularza i wpłacenia szacunkowej kwoty przez pacjenta. Nasi rzecznicy finansowi są dostępni pod numerem 800-326-2250 WI lub 847-795-2300 IL.



FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT
(ADM - Financial Responsibility Agreement)

S2018066-PO (Rev. 03/24)