



Acuerdo de honorario

50-178
14/08 rev.

P.O. Box 790 • Ashland, Kentucky 41105-0790 • 1-606-329-8588

Número de caso:	Nombre del cliente:
-----------------	---------------------

Sección I: Elegibilidad

1. Residentes del área de servicio de Pathways"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. El ingreso familiar total: \$ anuales	3. Fuente de verificación:	
4. Número de miembros de la familia en el hogar:	5. Iniciales del consumidor o tutor	

Sección II: Evaluación de tarifa

Sobre la base de la información proporcionada en la sección I, el baremo vigente para este consumidor será:	
---	--

Estoy de acuerdo en pagar Pathways el importe de las tasas que mi garante de terceros informes que soy responsable de pagar. En el caso de que no tengo un tercero garante, o mi garante de terceros no cubre el servicio particular, puedo recibir, estoy de acuerdo en pagar los cargos indicados en Pathways' tarifas escalonadas. Estas tarifas están sujetas a cambio cuando: (1) hay un cambio en mi capacidad de pago como condición de empleo o de terceros, o de cobertura (2) en la fecha de aniversario anual de mi tarifa actual Acuerdo, o (3) cuando Pathways determina que el actual acuerdo de honorario conflictos con el honorario de la agencia política y/o escala de tarifas. También entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que me han hecho arreglos con el personal de la oficina. Además, certifico que toda la información financiera proporcionada es verdadera, completa y precisa, al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si se determina que dicha información no es cierto; yo seré responsable de pagar la tarifa completa Pathways" por todos los servicios prestados desde la fecha del presente acuerdo. Entiendo que este acuerdo reemplaza cualquier tarifa de anteriores acuerdos. He recibido una copia de la escala de tarifas.

Iniciales del consumidor o tutor	
----------------------------------	--

Sección III: asignación de beneficios del suscriptor.

Autorizo a mi compañía de seguros para pagar directamente a Pathways, Inc. por servicios prestados todas y cada una de las sumas pagaderas a mí bajo los términos y condiciones de dichos contratos de seguros. En el caso de que dicho pago sea insuficiente para cubrir el total de los cargos a mi cuenta, entiendo que soy financieramente responsable y obligado a pagar todos los cargos no cubiertos por esta asignación.

Iniciales del consumidor o tutor	
----------------------------------	--

Sección IV: Liberación del consumidor de información para fines de facturación de seguros

Autorizo a Pathways, Inc. para liberar mi historial médico, incluyendo cualquier abuso de alcohol o drogas datos protegidos por el Reglamento Federal (42 CFR parte 2) o de lo contrario, junto con cualquier información relativa a condiciones mentales o emocionales, a cualquier organismo, compañía de seguros, u otra entidad que pueda requerir para procesar cualquier reclamación en mi nombre. Entiendo que esa información no será liberado para cualquier otro propósito sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si yo no, permanecerá en vigor durante 24 meses a partir de la fecha me lo firmen.

Iniciales del consumidor o tutor	
----------------------------------	--

Sección V: autorización de Pathways para ayudar en las apelaciones o solicitudes con organización de cuidado administrado

En el caso de que tengo la cobertura de Medicaid a través de una organización de atención administrada de Medicaid (MCO) y que deniega una MCO o aprueba la autorización de servicio inferior a lo que se ha solicitado, autorizo a Pathways para presentar una apelación con la MCO y/o que me ayuden a solicitar una audiencia justa del Estado acerca de la decisión negativa.

Iniciales del consumidor o tutor	
----------------------------------	--

Sección VI: validación de acuerdo de honorario

Yo/nosotros, los abajo firmantes, acuerdan las condiciones descritas en las secciones anteriores.

	//	
--	----	--

Nombre impreso de consumidor o tutor	Fecha	Relación si no consumidor
--------------------------------------	-------	---------------------------

	//	
--	----	--

Firma del consumidor o tutor	Fecha	
------------------------------	-------	--

	//	
--	----	--

Nombre impreso de Pathways, Representante	Fecha	
---	-------	--

	//	
--	----	--

Firma del representante Pathways	Fecha	
----------------------------------	-------	--

Pathways Office Code	
----------------------	--