

Permiso Médico y Asignación de Beneficios

Primer Nombre Segunda Inicial

_____/_____/_____

Doy permiso para que la Alianza de Salud de Cabarrus (CHA) verifique mis ingresos y aseguranza si es necesario para determinar mi elegibilidad para servicios.

Doy permiso a CHA de dar información médica (incluyendo información en referencia a problemas de dependencia de drogas y/o tratamiento, resultados de VIH, resultados de prueba de drogas y evaluaciones) que sean solicitados por Medicare, Medicaid, compañías de seguro u otras agencias que hayan cuidado de mí salud.

Autorizo a la Alianza de Salud de Cabarrus y el Departamento de Servicios Sociales del condado que corresponda (ej. Cabarrus, Mecklenburg, Rowan, etc.) que compartan información sobre mí en caso de que yo aplique para asistencia financiera, incluyendo Medicaid. Esta información puede incluir lo siguiente: fecha de aplicación, estado de la aplicación, y la razón por la cual mi aplicación continúa pendiente, cualquier verificación que hace falta para completar mi aplicación, la fecha y razón si se niega (si es aplicable).

Entiendo que Medicare solo va a pagar por servicios que sean "razonables y necesarios para tratamiento y diagnóstico médico" bajo la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo soy responsable por cualquier parte de mi factura que no sea cubierta por Medicare, Medicaid u otro seguro.

Yo entiendo que puedo recibir servicios o ser referido para servicios a otros proveedores médicos, laboratorios, hospitales u otras agencias. Entiendo que las tarifas que otras agencias me cobren son mi responsabilidad personal. También entiendo que las tarifas en CHA son basadas en mis ingresos, y que este ajuste no se aplica a los cargos por personas o entidades fuera de CHA.

Doy permiso a que tomen mi fotografía para el uso de identificación y asistir en mi cuidado. Esto es solamente para el uso de CHA y no será divulgado a ningún otro medio sin mi permiso escrito.

Yo solicito que Medicaid, Medicare, u otro pago de seguro por servicios que recibo a través de CHA (incluyendo servicios médicos) sean pagados directamente a CHA. Yo estoy de acuerdo en pagar a la Alianza de Salud de Cabarrus cualquier dinero que yo reciba de otro recurso que haya sido enviado directamente a mí como pago por servicios recibidos en CHA. Haré este pago dentro de 45 días de recibir el dinero.

Yo comprendo que este consentimiento estará en efecto mientras esté recibiendo cuidado en CHA y/o hasta que todas las cuentas con CHA sean pagadas. También comprendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito y entregarlo personalmente durante horas de oficina en CHA.

INFORMACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA DE LA CLÍNICA DENTAL

Gracias por escoger a la Alianza de Salud de Cabarrus (CHA). Como paciente, usted debe entender nuestras tarifas, cuentas por la que usted es responsable y otras políticas financieras tal y como se aplica a su cuidado dental. Nosotros aceptamos pacientes que tienen Medicaid, Health Choice, algunos seguros dentales privados y pacientes sin seguro dental.

Se espera que usted pague la cuenta en el momento de su visita. Usted puede pedir hablar con el representante de pacientes para hacer una solicitud para nuestra escala de pagos que **podría** calificarlo para recibir servicios a precio reducido.

En caso de que fallemos de cobrarle por algún procedimiento, le cobraremos a usted o a un pagador tercero.

Si usted tiene Medicaid, Health Choice o seguro dental privado nosotros les cobraremos a ellos por su tratamiento. Si usted tiene un co-pago de seguro, el co-pago se debe pagar en el momento de su visita. Medicaid y Health Choice no pagan por todo procedimiento que usted pueda necesitar. Usted debe pagar por el tratamiento que no sea cubierto por Medicaid o Health Choice y cualquier cargo que no sea cubierto por su seguro privado. Sin embargo, **usted** debe pagar el saldo si su seguro no nos paga en un periodo de 60 días. Si usted tiene alguna pregunta o duda con lo que su plan de seguros cubre o paga, por favor hable con su compañía de seguro.

Haremos un plan de pago para cualquiera que tenga un saldo pendiente. Sin embargo, usted tiene que hablar con un representante de pacientes antes de hacer otras citas si no puede cumplir con sus pagos. Usted recibirá una cuenta por todos los cargos de los que usted es responsable de pagar. Puede pagar en efectivo o cheque, giro postal, tarjetas de crédito y tarjetas de débito.

Yo entiendo que si los saldos pendientes continúan sin pagarse, la Alianza de Cabarrus tiene el derecho a menos que haya restricción por parte de reglamentos estatales o federales, a rehusar o negarle más servicios, someter su cuenta a North Carolina Debt Setoff Collection Clearinghouse, de acuerdo al cual las cuentas que califiquen pueden ser automáticamente deducidas de cualquier reembolso de impuestos estatales o ganancias de lotería que se le deben a usted; y/o referir su cuenta a una agencia de colección.

(Por favor ponga sus iniciales en cada una de estas líneas para demostrar que entiende nuestra política financiera)

<p>_____ Yo notificaré a la Alianza de Salud de Cabarrus de cualquier cambio en mi ingreso para los servicios de este programa.</p> <p>_____ Yo entiendo que soy responsable por todos los costos.</p> <p>_____ Estoy de acuerdo de que mi compañía de seguro pague a la Clínica dental de la Alianza de Salud de Cabarrus por el cuidado dental.</p> <p>_____ Estoy de acuerdo en que la clínica dental de la Alianza de Salud de Cabarrus comparta información de mi tratamiento dental con mi compañía de seguro según sea necesario.</p> <p>_____ He leído la información de arriba y he podido hacer preguntas. He recibido respuestas a mis preguntas y estoy de acuerdo en cumplir.</p>	<p>SEGURO DENTAL/MEDICAID/HEALTH CHOICE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Díganos si usted tiene seguro dental ahora o cuando empiece a recibir cobertura de seguro dental. • Si usted tiene Medicaid y otro seguro dental, Medicaid pagará después de que su seguro dental pague. • <u>Si usted no nos informa acerca de algún otro seguro dental, Medicaid no pagará.</u> • <u>Usted debe</u> pagar su cuenta si nosotros no somos un proveedor en su plan de seguro dental. • Usted debe enseñar su tarjeta vigente de Medicaid, Health Choice o seguro privado en cada visita. • Si usted no tiene prueba de cobertura vigente se le pedirá que pague los cargos de esa visita. • Los clientes que traen su tarjeta de Medicaid y/o seguro privado después de la fecha de servicio deben hacerlo dentro de un periodo de tiempo en que los pagadores permitan el cobro de servicios.
--	---

X

Permiso Médico y Asignación de Beneficios

Primer Nombre

Segunda Inicial

/ /

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha