

**COMMUNITY REACH CENTER
FORMULARIO FINANCIERO DEL CONSUMIDOR**

CONVENIO PARA EL PAGO DE CUOTA

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

PUBLICACION DE INFORMACIÓN

Fecha:		Número de cuenta del consumidor:	
Apellido del consumidor:		Nombre: Inicial	
Número de Seguro Social del consumidor:		Fecha de nacimiento del consumidor	

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Apellido		Nombre Inicial		
Dirección (calle y numero)			Número de apartamento o espacio	
Ciudad	Estado	Código Postal	Jefe de familia (Marque uno) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Número telefónico de la casa:		Teléfono y extensión del trabajo:	Empleador:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Se acompaña copia de tarjeta de seguro (frente y reverso)

Relación del asegurador con el consumidor (Marque uno)

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Número de Medicare:	Número de Medicaid:	Condado	Número familiar CORE:	Otro:
Número de Seguro Social del Asegurado		Apellido del asegurado Nombre Inicial		
Nombre de la compañía aseguradora		Teléfono de la aseguradora:		
Dirección postal/Calle y número		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de póliza:	Número de grupo	Número de autorización (Si se requiere)		

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Se acompaña copia de tarjeta de seguro (frente y reverso)

Relación del asegurador con el consumidor (Marque uno)

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Número de Medicare:	Número de Medicaid:	Condado	# familiar de CORE	Otro:
Número de Seguro Social del Asegurado:		Apellido del asegurado Nombre Inicial		
Nombre de la compañía aseguradora		Teléfono de la aseguradora :		
Dirección postal/Calle y número		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de póliza	Número de grupo	Número de autorización (Si se requiere)		

He revisado el Formulario Financiero del Consumidor y las Normas para el cobro de la cuota y el Convenio Financiero para el Centro. He proporcionado toda la información que se me pide según mis conocimientos. Recibí una copia de este formulario y del convenio de las normas para el pago de la cuota y estoy de acuerdo en sus términos. Estoy de acuerdo en asumir mi responsabilidad y pagarle al Centro la cuota que se asigne.

PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo al Community Reach Center para que publique información para fines del seguro como lo pueda requerir la compañía aseguradora.

AUTORIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Autorizo que el pago se haga directamente al Community Reach Center.

Firma del consumidor/padre/madre o tutor Fecha

Firma de la persona asegurada Fecha

FOR OFFICE PURPOSES ONLY – TO BE COMPLETED BY COMMUNITY REACH CENTER STAFF

Gross Annual Household Income: \$	No. of Dependents:	Fee Per Session:
	No. of Child Dependents:	



Community Reach Center, Inc.

Normas para el pago de una cuota y Convenio Financiero

SE ESPERA QUE EL PAGO SE HAGA EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS.

Community Reach Center, Inc. (CRC) es una organización no gubernamental sin fines de lucro que depende del pago de cuotas y del seguro para la mayor parte de sus gastos de operación. A fin de cuentas, usted es responsable financieramente por todos los servicios que usted o los miembros de su familia reciban de parte del Centro.

Si tiene usted seguro, Medicare o Medicaid, requerimos de usted que:

- Proporcione una copia (del frente y del reverso) de su tarjeta VIGENTE de Medicaid al momento de cada visita, o cuando menos una vez al mes en lo sucesivo. Si no proporciona una copia de su tarjeta vigente se le podrán cobrar la cuota total por los servicios. Los servicios están disponibles para usted mientras viva en el Condado Adams y continúe llenado los requisitos para recibir servicios de Medicaid. Si usted reside fuera del Condado Adams, CRC es responsable de proporcionar servicios de emergencia hasta que recibamos una autorización previa de su médico principal. Al doctor que le atiende principalmente (PCP) se le notificará que usted está recibiendo servicios de salud mental.
- Proporcione al CRC el formulario de reclamos a la aseguradora obtenido del empleador, del agente o compañía de seguros, llenando la información requerida, y una copia de su tarjeta de su seguro (por el frente y el reverso). La verificación de los beneficios del seguro no es una garantía de pago. El contrato de su seguro es entre usted y su compañía de seguros. le auxiliaremos a usted en todas las formas posibles para que reciba el pago de parte de ellos. En todo caso, a fin de cuentas usted es responsable del pago. Usted es responsable de todos los deducibles y los pagos conjuntos.
- Proporcione una copia de su tarjeta de Medicare al momento de cada visita o cuando menos una vez al mes, que refleje si usted reúne los requisitos para recibir servicios de acuerdo con su Parte B del seguro Medicare. Los servicios proporcionados por médicos, psicólogos con licencia o terapeutas con licencia están supervisados por un médico o psicólogo presentes y disponibles en el edificio al momento en que se prestan los servicios. Usted es responsable de todos los deducibles y pagos conjuntos que no estén cubiertos por Medicare.
- Si en algún momento cambia su cobertura, es responsabilidad de usted notificar al CRC. De no hacerlo así, podría resultar en que se le cobren a usted las cuotas en vez de a Medicaid, Medicare, a su compañía de seguros, a una subvención especial o a alguna otra persona que paga.
- En el caso de que se soliciten o se requieran servicios adicionales que no estén cubiertos en el plan de su seguro o de la persona que paga, usted será el único responsable por esos servicios.

Normas que rigen las cuotas/el cobro:

- Es responsabilidad de usted notificar al CRC cualquier cambio en su situación financiera durante el término de este convenio. De no hacerlo así, puede producir la terminación de este convenio y/o cambios en su cuota.
- Con ocasión de su admisión, se le pedirá que complete una declaración financiera si solicita que se le cobre una cuota rebajada. Esta cuota rebajada estará en efecto mientras su cuenta se encuentre al corriente. Este convenio por la cuota tendrá efectos durante un año a menos de que se pacte lo contrario. Se requiere que haya una revisión anual de la cuenta de cada consumidor.
- Las normas del CRC determina que los consumidores que dejen de pagar tres (3) sesiones, corren el riesgo de que se les den por terminados los servicios. La decisión de dar por terminados los servicios se basará tanto en la información clínica como en la financiera.
- Se cobrará una cuota de \$15 por NO PRESENTARSE si usted no avisa al CRC cuando menos 24 horas antes de su cita programada. Esta cuota deberá pagarse en su siguiente cita.
- Se espera que se haga el pago antes de cualquier evaluación psicológica o de interacción para los consumidores que pagan por su cuenta.

Cuentas morosas:

- En el caso de que se haga necesario asignar su cuenta a una agencia de cobranzas, usted es responsable de los costos de cobranza, que pueden incluir los gastos de abogado y otros costos en que se incurra.