



Consentimiento Financiero

Entiendo que los servicios que me presta Polara Health., West Yavapai Primary Care, CSU, y Windhaven Psychiatric Hospital (individual y colectivamente "Proveedor") son mi responsabilidad financiera y que el Proveedor facturará a mi compañía de seguros como un cortesía.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios directamente a Polara Health y entiendo que seré totalmente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta. ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTE POLÍTICA. Este pago no excederá mi deuda con el Proveedor y he acordado pagar de inmediato cualquier saldo de El servicio profesional cambia más allá del pago del seguro.

Debido a las disposiciones de la póliza en su contrato con su compañía de seguros, estamos obligados a cobrar todos los saldos de responsabilidad del paciente.

Si su póliza de seguro tiene disposiciones tales como deducibles, coseguros o copagos, tenga en cuenta que estas son disposiciones que han sido acordados entre usted y su operador. No podemos descontar legalmente las tarifas después de su envío en su nombre a su portador.

Si estamos conectados en red con su operador, tenemos una obligación contractual adicional de cobrar los saldos según lo descrito por su operador. Cancelar los saldos de responsabilidad de la paciente podría poner en peligro nuestro contrato con su transportista. Si una parte de sus tarifas se aplica a un Máximo anual de gastos de bolsillo, y no cobramos esa tarifa, su máximo de gastos de bolsillo no se ha calculado correctamente.

Además, para aquellos pacientes de Medicare que puedan tener servicios médicos que sean elegibles bajo Medicare, estamos legalmente obligado a cobrar el coseguro, copago o deducible de responsabilidad del paciente bajo los términos de las leyes antisoborno.

Se me ha dado la oportunidad de pagar mi deducible estimado y coseguro en el momento del servicio. He elegido asignar el beneficios, sabiendo que el reclamo debe pagarse dentro de todas las pautas estatales y federales de pronto pago. Proporcionaré todos los Información precisa para facilitar el pronto pago de la reclamación por parte de mi compañía de seguros. Polara Health acepta el pago en efectivo, por tarjeta de crédito, cheque u otros fondos certificados. Si es necesario, los acuerdos de pago se pueden negociar poniéndose en contacto con el Departamento de Facturación a 928-445-5211 ext. 4099.

También entiendo que si mi compañía de seguros me envía el pago, enviaré el pago a Polara Health en 48 horas. Acepto que si no envío los pagos al Proveedor y se ven obligados a continuar con el proceso de cobro; Así será responsable de cualquier gasto en que incurra la Oficina para recuperar su dinero. En el caso de que reciba algún cheque, giro u otro pago Sujeto a este acuerdo, Entregaré inmediatamente dicho cheque, giro o pago a la Proveedora. Cualquier violación de este acuerdo, en Elección del Proveedor, terminar los privilegios de cargo al paciente con el Proveedor y traer cualquier saldo adeudado por el paciente a Polara Health vencimiento inmediato y pagadero.

Autorizo al Proveedor a iniciar una queja o presentar una apelación ante el comisionado de seguros o cualquier autoridad pagadora por cualquier motivo en

mi nombre y yo personalmente estaremos activos en la resolución de retrasos en las reclamaciones o reducciones o denegaciones injustificadas.

Autorizo al proveedor a facturar a mi plan de seguro medico(s): _____

Autorizo al Proveedor a divulgar cualquier información necesaria para adjudicar el reclamo, y entiendo que puede haber Costos por proporcionar información más allá de lo necesario para la adjudicación de un reclamo limpio.

Entiendo que mis registros de trastorno por uso de sustancias (si procede) están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rige la confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la portabilidad del seguro médico y Ley de Rendición de Cuentas de 1996 ("HIPPA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento. La información divulgada también puede incluir información regulada por 42 USC 260dd=2, y Información protegida por 38 U.S.C. 7332. También puede incluir información confidencial sobre las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de VIH/SIDA (tal como se define en A.R.S. seccion 36-661), Enfermedades de transmisión sexual (tal como se define en A.R.S. seccion 36-661), o enfermedad mental / psiquiátrica y para la paciente de 13 a 17 años, información sobre la atención reproductiva.

Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. A menos que yo Revocar mi consentimiento antes, este consentimiento expirará automáticamente de la siguiente manera: _____

Entiendo que se me pueden negar servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación con fines de tratamiento, pago o atención médica. Operaciones, si lo permite la ley estatal. No se me negarán servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación para otros fines.

Al firmar a continuación doy mi autorización específica para que esta información se facture a mi compañía de seguros y si mi seguro La compañía solicita mis registros médicos para respaldar el reclamo Autorizo la divulgación de los registros necesarios para pagar el reclamo (s).

Por la presente, el proveedor queda liberado de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la divulgación de la información solicitada. Certifico que esta solicitud de divulgación se ha realizado libre y voluntariamente. Entiendo que la Proveedora no condicionará el tratamiento a mi Firma de esta autorización. El proveedor no me negará el tratamiento si no deseo firmar este formulario. Sin embargo, asumo que responsabilidad por los cargos ya que la ausencia de mi firma no permite al Proveedor facturar a mi seguro.

Al firmar este formulario autorizo Polara Health Polara Health facturará a mi seguro por todo el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (si procede). Yo entiendo que puedo revocar mi consentimiento para divulgar información de mi tratamiento para el trastorno por uso de sustancias en cualquier momento poniéndome en contacto con El departamento de facturación a 3343 N. Windsong Dr., Prescott Valley, AZ 86314 o llamando al 928-445-5211 ext. 4099, excepto en la medida en que El proveedor ya ha actuado confiando en mi consentimiento. Entiendo que el Proveedor que actúa en dependencia incluye al Proveedor que trata Yo confiando en mi consentimiento para divulgar mi información a mi plan de seguro medico.

He leído toda la información proporcionada en esta hoja. Notificaré a Polara Health de cualquier cambio en mi estado de seguro.

Fecha efectiva del consentimiento: _____

Nombre del cliente/paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del cliente o representante: _____

Nombre (por favor imprima): _____ Fecha _____ Teléfono _____

Relación con el cliente/paciente _____