

caminos, inc.  
 apartado de correos 790  
 Ashland, Kentucky 41105-0790

**ACUERDO DE HONORARIOS - PLAN 6**  
 Ingreso familiar superior a \$72,400

50-183  
 Rev.10/1/12

Número de caso: \_\_\_\_\_ Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_

Sección I - Elegibilidad	
1. Ingreso familiar total:	2. Fuente de verificación:
3. ¿Residente del área de servicio de Pathways? Encierre en un círculo Sí o No	
Iniciales del consumidor	

Sección II - Evaluación de Tarifas				
Descripción del servicio	Salud mental	Abuso de sustancias	Discapacidades del desarrollo/ Servicios de apoyo	Alerta Prevención Regional Servicios
Tratamiento Residencial Adolescente		35		
Evaluación / Admisión	ps \$ 80	\$ 80		
Habilitación de día desintoxicación			ps 6	
DUI - 20 HR Educación		32		
DUI - Evaluación		85		
DUI - Grupo		30		
DUI - Terapia individual		80		
Grupo	\$ \$ \$ \$	\$ 30		
Terapia individual	\$ \$ 30	\$ 80		
Tarifa de inyección	\$ 80	\$ 5		
examen de laboratorio		15		
Gestión de medicamentos	\$ \$ \$ \$ 50 \$ Se le cobrará al			
Compras de medicamentos	consumidor, redondeado al dólar entero más cercano, el costo de los medicamentos comprados.			
Cita perdida	\$ 10	10		
Respiro			32	
Cargo por cheque devuelto	\$ 25	\$ 54	\$ 25	\$ 25
Rehabilitación Terapéutica	\$			
ZTP - Evaluación				\$ 85
ZTP - Educación				\$ 40

Acepto pagar a Pathways el monto de las tarifas que mi tercero garante informa que soy responsable. En el caso de que no tenga un tercero garante, o mi tercero garante no cubre el servicio particular que puedo recibir, acepto pagar las tarifas enumeradas anteriormente. Estas tarifas están sujetas a cambios cuando: (1) hay un cambio en mi capacidad de pago, como la situación laboral o la cobertura de terceros o, (2) en la fecha de aniversario anual de mi Acuerdo de tarifas actual o, (3) cuando Pathways determina que los Planes de acuerdo de tarifas actuales entran en conflicto con la política de tarifas y/o el programa de tarifas de la agencia. También entiendo que el pago vence en el momento del servicio a menos que haya hecho arreglos con el personal de la oficina. Además, certifico que toda la información financiera proporcionada es verdadera, completa y precisa, según mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que dicha información no es verdadera, seré responsable de pagar el cargo total de Pathways por todos los servicios prestados a partir de la fecha de este acuerdo. Entiendo que este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo de honorarios anterior.

Iniciales del consumidor \_\_\_\_\_

**Sección III - Cesión de Beneficios del Suscriptor**

Por la presente, autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Pathways, Inc. por los servicios prestados, todas y cada una de las sumas de dinero que de otro modo se me pagarían según los términos y condiciones de dichos contratos de seguro. En caso de que dicho pago sea insuficiente para cubrir los cargos totales de mi cuenta, entiendo que soy financieramente responsable y estoy obligado a pagar todos los cargos no cubiertos por esta cesión.

Iniciales del consumidor \_\_\_\_\_

**Sección IV - Divulgación de información por parte del consumidor para fines de facturación de seguros**

Autorizo a Pathways, Inc. a divulgar mis registros médicos, incluidos los datos sobre el abuso de drogas o alcohol protegidos por la Regulación Federal (42CFR Parte 2) o de otro modo, junto con cualquier información relacionada con condiciones mentales o emocionales, a cualquier agencia, compañía de seguros o otra entidad que podría exigirles que procesen cualquier reclamación en mi nombre. Entiendo que dicha información NO se divulgará para ningún otro propósito sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Si no lo hago, permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha en que lo firme.

Iniciales del consumidor \_\_\_\_\_

**Sección V - Autorización de Pathways para ayudar en apelaciones o solicitudes con la Organización de Atención Administrada**

En el caso de que tenga cobertura de Medicaid a través de una Organización de Atención Administrada (MCO) de Medicaid y que la MCO niegue una autorización de servicio o apruebe menos de lo solicitado, autorizo a Pathways a presentar una apelación ante la MCO y/o a ayudarme a solicitar una audiencia imparcial estatal con respecto a la decisión negativa.

Iniciales del consumidor \_\_\_\_\_

**Sección VI - Validación del Acuerdo de Honorarios**

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

Consumidor/Agente Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación si no consumidor \_\_\_\_\_

Representante de Pathways, Inc. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¡SE REQUIERE AVISO DE VEINTICUATRO HORAS PARA LAS CITAS CANCELADAS! El incumplimiento podría resultar en una tarifa de cita perdida agregada a su cuenta.

Pathways, Inc. Código de oficina \_\_\_\_\_