



ACUERDO DE HONORARIOS

Apartado postal 790 • Ashland, Kentucky 41105-0790 • 1-606-329-8588

Número de caso:	Nombre del consumidor:	
Sección I: Elegibilidad		
1. ¿Residente del área de captación de Pathways? Sí No		
2. Ingresos anuales totales de la familia: \$		
¿Se han verificado los ingresos? Sí No: En caso afirmativo, indique la fuente de verificación:		
4. Número de miembros de la familia en el hogar:		
5. Escala de tarifas basada en la información anterior:		
Sección II: Evaluación de tarifas		
Acepto pagar a Pathways el monto de los honorarios que mi garante externo informa que soy responsable de pagar. En caso de que no tenga un garante externo, o que mi garante externo no cubra el servicio o proveedor en particular que pueda recibir, acepto pagar los honorarios que figuran en la Escala Móvil de Honorarios de Pathways. Estos honorarios están sujetos a cambios cuando: (1) haya un cambio en mi capacidad de pago, como mi situación laboral o la cobertura de terceros, o (2) en la fecha de aniversario anual de mi Acuerdo de Honorarios actual, o (3) cuando Pathways determine que el Acuerdo de Honorarios actual entra en conflicto con la política de honorarios y/o la escala de honorarios de la agencia. También entiendo que el pago debe realizarse al momento del servicio, a menos que haya llegado a un acuerdo con el personal de la oficina. Además, certifico que toda la información financiera proporcionada es verdadera, completa y precisa, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que dicha información no es verdadera, seré responsable de pagar a Pathways los honorarios completos por todos los servicios prestados a partir de la fecha de este acuerdo. Entiendo que este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo de honorarios anterior. He recibido o me han ofrecido una copia de la escala de honorarios.		
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 cualquier cantidad que me corresponda según los términos y condiciones de dichos contratos de seguro. En caso de que dicho pago sea insuficiente para cubrir el total de los cargos de mi cuenta, entiendo que soy financieramente responsable y estoy obligado a pagar todos los cargos no cubiertos por esta cesión.		
Sección IV: Divulgación de información por parte del consumidor para fines de facturación de seguros		
Autorizo a Pathways, Inc. a divulgar mi historial médico, incluyendo cualquier dato sobre abuso de alcohol o drogas protegido por el Reglamento Federal (42 CFR Parte 2) o de otro modo, junto con cualquier información relacionada con afecciones mentales o emocionales, a cualquier agencia, compañía de seguros u otra entidad que pueda requerirles procesar una 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. De no hacerlo, permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha de mi firma.		
Sección V: Autorización para vías de asistencia en apelaciones o solicitudes ante organizaciones de atención administrada		
En el caso de que tenga cobertura de Medicaid a través de una Organización de Atención Administrada de Medicaid (MCO) y esa MCO niegue una autorización de servicio o apruebe menos de lo solicitado, autorizo a Pathways a presentar una apelación.		
Sección VI: Validación del Acuerdo de Honorarios		
Yo/Nosotros, los abajo firmantes, aceptamos las condiciones descritas en las secciones anteriores.		
	/ /	
Nombre impreso del consumidor o tutor	Fecha	Relación si no consumidor
	/ /	
Firma del consumidor o tutor	Fecha	
	/ /	
Nombre impreso del representante de Pathways	Fecha	
	/ /	
Firma del representante de Pathways	Fecha	
Código de la Oficina de Pathways		