



ORCHARD PLACE ACUERDO FINANCIERO DE PRE-ADMISIÓN

ORCHARD PLACE CAMPUS

Nombre de quien recibe los Servicios: _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo y/o mi compañía serán cargadas por los servicios provistos por Orchard Place. Mi compañía aseguradora será facturada por los honorarios completos. Yo entiendo que Medicaid es siempre el último recurso de pago. **Estoy de acuerdo en notificar a Orchard Place si existe algún cambio en la cobertura de mi seguro y entiendo que yo soy responsable por todos los cargos si no lo hago.** Yo entiendo que soy responsable por el pago de mi cuota sin importar la cobertura del seguro y estoy de acuerdo en pagar mi porción de la cuota cuando el servicio es provisto. Entiendo que mi pago será utilizado para cubrir mi copago y cualquier cargo considerado no cubierto por mi compañía aseguradora. Yo entiendo que, si mi cuenta no es pagada en el tiempo adecuado, el saldo se puede transferir a una agencia de colección y se puede perseguir acción en la corte. Entiendo que los pagos realizados mas allá del pago del servicio completo me serán regresados.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de seguro. Autorizo el pago de seguro de beneficios médicos y beneficios médicos importantes a Orchard Place. También solicito el pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepta la asignación. Una fotocopia de esta asignación se considera válida como original. Además, si la compañía de seguros envía un cheque directamente a usted por los servicios proporcionados por Orchard Place, nuestro consultor psiquiátrico o farmacia, este cheque debe ser enviado a nuestra oficina de negocios para ser acreditado a su cuenta.

PARA ACTUALIZACIONES SOLAMENTE: Proporcione una copia de su tarjeta de seguro. Además, indique si su seguro ha cambiado.
Sí No

El Departamento de Servicios Humanos determinará la cantidad que se destinará a los gastos de tratamiento del niño, de los ingresos tales como manutención de los hijos, Seguro Social/Suplementario, procesos de adopción subsidiados o fondos fiduciarios. Orchard Place/Campus será notificado de la cantidad y enviará al padre/tutor un estado de cuenta por la cantidad mensual debida. Para estimar la cantidad de participación que el cliente pagara cada mes, proporcione la siguiente información:

¿Recibe este niño Seguro Social o Seguro Suplementario? Sí No Si es sí, ¿Cuánto por mes? _____
¿Recibe este niño algún apoyo para niños o adopción subsidiada? Sí No Si es sí, ¿Cuánto por mes? _____

Para que la admisión se realice, se requerirá que pague el primer mes de participación del cliente mencionado arriba en o antes del día de la admisión. Mientras su hijo este en tratamiento, será requerido que pague la cantidad de participación del cliente determinado por el Departamento de Servicios Humanos cada mes.

El Departamento de Servicios Humanos calcula la responsabilidad financiera de los padres por el primer mes de ingreso basado en los ingresos de los padres. Nuestra tarifa privada de pago es \$425 por día. Sin embargo, si Medicaid considera que su hijo es elegible para el primer mes de tratamiento, reduciremos la tarifa que debe pagar por ese mes a \$209 por día. Durante el primer mes, también será responsable de pagar copagos, coaseguro y honorarios deducibles basados en sus beneficios de póliza de seguro privado.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

Su firma indica que usted ha leído y entendido lo anterior y está de acuerdo en pagar a Orchard Place la cantidad de participación del cliente y copago de seguro si cualquiera de ellos aplica para usted.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CP.: _____

FIRMA DE TESTIGO

He verificado información y entendimiento con lo firmado anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

