

## C<sup>2</sup> Counseling Acuerdo de Seguros o de Pago Privado

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
---------------------	----------------------

¿TIENE MÁS DE UN PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS?

De acuerdo con el Código Administrativo de Texas, la Regla 21,2803 -

La divulgación de cualquier otro plan de beneficios de salud debe ser determinado. A partir del 1 de Agosto de 2000 cada reclamación enviada a su compañía de seguros debe ir acompañada de una prueba documentada que indique que  
**NO TIENE OTRO SEGURO DE SALUD.**

Si SÓLO TIENE UN PLAN, firmEr la siguiente declaración:

Actualmente estoy asegurado únicamente con \_\_\_\_\_ Plan de Salud.

De acuerdo con las normas del Departamento de Seguros de Tejas, yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que no tengo otros planes de beneficios médicos / seguros que el que aparece más arriba .

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA MÉDICA

#### FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADO O DEL CLIENTE/ASEGURADO

Autorizo la divulgación de mi información médica u otra información necesaria para procesar mis reclamos. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a C2 Counseling por los servicios prestados . Esta autorización es válida indefinidamente a menos que sea revocada por el cliente o el representante del cliente.

Nombre del Cliente (Impresión): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardián/Representante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Guardián/Nombre del representante (Impresión): \_\_\_\_\_

(Si no es Cliente)

\*\*\*\*\*

### ACUERDO DE PAGO PRIVADO

Es mi deseo pagar en privado. Al hacer esto, estoy de acuerdo en pagar totalmente mi cuenta en el momento del servicio a C2 Counseling.

Es mi deseo de hacer mi propia presentación de seguros. Al hacer esto, estoy de acuerdo en pagar totalmente mi cuenta en el momento del servicio. Me requerirá hacer mi presentación de seguro para el resto del año calendario o por el tiempo que mi seguro es eficaz . Yo entiendo que esta oficina va a presentar mis reclamaciones a partir de la notificación y verificación de mi seguro y no habrá facturación adicional para las fechas de servicio anteriores.

Nombre del Cliente (Impresión): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardián/Representante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Guardián/Nombre del representante (Impresión): \_\_\_\_\_

(Si no es Cliente)