

Cobrança de seguro e consentimento para divulgação de informações

Para auxiliar o maior número possível de famílias, o Connecticut (CT) Birth to Three System (Sistema Nascimento até os Três de Connecticut (CT)) é financiado por fundos estaduais e federais, Medicaid e seguros de saúde privados.



Nome da criança: _____

Nº Birth to Three: _____

HUSKY A, C, ou sem cobertura

Número HUSKY A ou C: Nº

O consentimento para compartilhar informações foi fornecido no momento da inscrição no HUSKY e não é necessário neste formulário.

Meu filho não está coberto pelo seguro HUSKY A ou C. Entendo que não preciso me registrar nem me inscrever no seguro público.

Se eu optar por me inscrever no seguro público, dou consentimento para que o HUSKY A ou C seja cobrado pelos serviços do Birth to Three.

Seguro privado ou HUSKY B

Entendo que:

- Não preciso me registrar nem me inscrever em seguro de saúde público ou privado para receber serviços.
- Meu plano pode estar isento de obrigações de seguro de CT, e a Affordable Care Act (Lei de Serviços de Saúde Acessíveis) pode ou não impedir que meu plano afete negativamente minhas proteções, tais como contabilizar pagamentos nos limites máximos anuais ou vitalícios da apólice.
- Posso ter um HRA ou uma HSA configurada para sacar automaticamente os fundos de um pedido de seguro. Entendo que posso alterar o recurso de saque automático entrando em contato com meu seguro e/ou empregador. No entanto, se eu consentir em autorizar a cobrança do seguro privado ou HUSKY B, esses fundos poderão ser sacados.
- Se o reembolso do seguro privado for enviado diretamente para mim, devo entregar esse pagamento ao meu programa Birth to Three.
- Se meu filho tiver seguro público como seguro secundário, devo primeiro dar consentimento para cobrar meu seguro privado a fim de acessar a fonte pagadora.
- O consentimento permanece em vigor enquanto meu filho estiver inscrito no CT Birth to Three System, ou eu assinar para revogar o consentimento.
- Concordo em notificar meu coordenador de serviços se eu conseguir um novo seguro.
- Meu consentimento para permitir ou não a cobrança é voluntário e pode ser revogado por escrito a qualquer momento. A revogação não é retroativa (não se aplica a ações que tenham ocorrido antes da revogação do consentimento).
- Meu consentimento deverá ser obtido caso haja aumento na frequência, duração ou intensidade da prestação de serviços no Individualized Family Service Plan (IFSP, Plano de Serviço Familiar Individualizado) do meu filho.
- Meu filho e minha família receberão uma avaliação e, se elegível, uma análise, o IFSP, os serviços e apoios especificados sem atraso ou negação, independentemente de eu fornecer consentimento para cobrar o seguro e divulgar informações.

Autorizo a cobrança do seguro privado ou HUSKY B em nome do meu filho, que está sendo avaliado e, portanto, pode ser inscrito no CT Birth to Three System. Ao fazer isso, autorizo a divulgação de todas as informações médicas ou outras informações necessárias para processar todas as solicitações de serviços e apoios listados na Seção 6 do IFSP, incluindo avaliações, análises e reuniões do IFSP. Entendo que não terei que pagar nenhuma despesa direta, incluindo copagamentos e franquias.

Autorizo a divulgação de informações médicas ou outras informações necessárias para processar pedidos de seguro em nome do meu filho, que está sendo avaliado e, portanto, pode ser inscrito no CT Birth to Three System.

Não autorizo a cobrança do seguro privado ou HUSKY B do meu filho nem autorizo a divulgação de informações médicas ou outras informações necessárias para processar pedidos de seguro em nome do meu filho.

Revogo o consentimento para autorizar a cobrança e a divulgação de informações médicas ou outras informações necessárias para processar pedidos de seguro em nome do meu filho.

Cobrança

Primário Secundário

Nome do seguro: _____

Nome do titular da apólice: _____

Data de nasc.: _____

Telefone do seguro: _____

Data de vigência: _____

Número de membro: _____

Número do grupo: _____

Confirmação e compreensão:

Recebi uma cópia dos Direitos dos Pais com o sistema de pagamento. As informações incluem as opções de resolução de disputas que posso usar se decidir, a qualquer momento, que discordo de qualquer decisão, incluindo cobrança de seguros públicos ou privados. Esses direitos foram explicados para mim no meu idioma ou modo de comunicação nativo.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Data: _____