

Medical Associates of Yakima, L.L.C.
DSHS/Healthy Options/Tricare
Consentimiento informado

Acuerdo de pagar
(para un honorario para el cliente del servicio)

Este fomulario se debe llenar por completo antes abastecimiento de servicios o articulo no cubiertos a un cliente medico de la ayuda.

Nombre del cliente: _____ ID NUMERO/PIC _____

- Entiendo que los servicios especificos enumeraron abajo no sea no son cubiertos por mi programa medico de la ayuda e incluido como parte de otro servicio, ni han sido determinados por MAA de no ser medicamento necesario.
- Elijo recibir estos servicios especificos.
- Convengo la paga para estos servicios especificos.

EL CLIENTE DE LOS SERVICIOS DEL ESPECIFICO ACUERDA
RECIBIR Y PAGAR: _____

Este acuerdo es vacio e inaplicable, y estoy bajo ninguna obligacion de pagar el abastecedor, **si** mi programa medico cubre los servicios enumerados arriba o si el abastecedor no puede satisfacer condiciones de DSHS del pago segun lo descrito debajo de WAC 388/87/010 (6).

Entiendo que esta forma y todas mis preguntas fueron contestados a mi satisfaccion.

FIRMA DE CLIENTE/PADRE/
TUTOR/REPRESENTANTE

FECHA

FIRMA DEL PROVEDOR

FECHA

NUMERO DEL PROVEDOR