



FORMULARIO DE RENUNCIA A TRATAMIENTO

Para ser utilizado, cuando corresponda, para todas las situaciones de autoderivación no militares

Caso Nro: Nombre del proveedor afiliado:

Cuando los clientes son referidos para recibir servicios del Programa de Asistencia al Empleado (PAE) por parte de Ceridian LifeWorks, se espera que los afiliados provean servicios que correspondan con los servicios del PAE unicamente. Cuando los clientes necesiten servicios de asesoramiento, tratamientos de salud mental o terapia que sobrepasa el número de sesiones disponibles a través del PAE, Ceridian recomienda que los proveedores afiliados los recomienden/refieran a otros profesionales o a servicios cubiertos por el seguro medico del cliente, u otros servicios disponibles en la comunidad. No obstante, en muchos casos no existen otros recursos disponibles, y los clientes pueden solicitar continuar con el mismo proveedor del PAE si este ofrece servicios de salud mental en forma continua.

Ceridian permitirá que los proveedores afiliados puedan continuar proveyendo servicios a estos clients siempre y cuando estos clientes hayan recibido, entendido y firmado el "Formulario de renuncia a tratamiento". Los afiliados deben brindarles a los clientes por lo menos dos opciones o nombres de otros profesionales en la comunidad ademas de si mismos o de cualquier otra persona/organización con quienes no compartan un interés financiero. La firma de los clientes en este formulario de renuncia a tratamiento contribuye a garantizar que los clientes dispongan de opciones y estén protegidos contra posibles conflictos de intereses.

Proveedor afiliado: Este formulario debe completarse si usted, o alguien mas en su consultorio continúaran atendiendo a este cliente a través de sus beneficios de seguro medico o de la modalidad de pago particular una vez que la evaluación del PAE (no debería exceder las 3 sesiones) se haya completado. Por favor indique los nombres de los otros dos recursos/ referidos que se le proporcionarán al cliente durante la sesión **final** de evaluación del PAE, particularmente si va a referir a dicho cliente a través de los beneficios de seguro medico o de modalidad de pago particular.

Referido: <input type="text"/>	Telephono: <input type="text"/>
Referido: <input type="text"/>	Telephono: <input type="text"/>

Cliente: Sírvase completar esta solicitud e indique su comprensión mediante su firma.

Yo, _____ (escriba su nombre en imprenta), solicito por este medio continuar recibiendo servicios de asesoramiento más allá del ámbito de mi beneficio PAE con _____ (escriba el nombre del asesor en imprenta), un proveedor afiliado del programa PAE de los servicios Ceridian LifeWorks. Comprendo que Ceridian les exige a los proveedores afiliados a su programa PAE que proporcionen al menos dos derivaciones adicionales a otros clínicos o servicios con respecto a los cuales no tengan intereses financieros. Comprendo que no estoy obligado a utilizar ninguno de estos recursos ni a continuar consultando al proveedor de Ceridian. Comprendo que es mi responsabilidad determinar si un proveedor y/o un servicio particular gozan de cobertura a través de mi plan de beneficios de seguro médico. Entiendo que soy responsable por todos los servicios prestados más allá del ámbito de mi beneficio PAE.

Firma del cliente

Fecha