



**Billing Department**  
201 Sheldon Boulevard SE  
Grand Rapids, MI. 49503  
Phone: 616.965.8282 Fax: 616.940.5370  
cherryhealth.org

### Commercial Insurance / Medicaid Waiver Form

**Patient name:** \_\_\_\_\_

**Date of birth:** \_\_\_\_\_

I understand that the services I receive today at Cherry Health (CH) may not be covered by my private insurance, Medicaid or Healthy Michigan for the following reasons:

- I do not have any type of Medicaid or other insurance coverage at this time. I understand that I can apply for the CH sliding fee program.
- I am eligible for Emergency Services Only (ESO) or Maternity Outpatient Medical Services (MOMS) coverage only. I understand that I can apply for the CH sliding fee program.
- My provider is a non-participating provider or my insurance is not accepted at CH. I understand that these charges can be discounted under the sliding fee program. I also understand that if I become retro eligible for an insurance that CH does not accept, I am still liable for my charges.
- My insurance does not cover certain services (physical exam done within 365 days of previous physical, contraceptives, lesion removals, root canals, periodontal treatment, space maintainers, select vision and optical services, etc.). I understand that I can apply for the CH sliding fee program. Also, if I am referred to another provider or facility including a hospital or lab, I am responsible for those charges.

Service: \_\_\_\_\_ Patient initials: \_\_\_\_\_

- I have exhausted my insurance benefits.

I am aware that I am responsible for today's charges and I agree to pay the full charges for services I receive today at Cherry Health.

I have been informed of these guidelines before receiving any services at any location within Cherry Health.

\_\_\_\_\_  
**Patient/Parent/Legal Guardian Signature** **Date**

\_\_\_\_\_  
**Witness Signature** **Date**



**Billing Department**

201 Sheldon Boulevard SE  
Grand Rapids, MI. 49503  
Teléfono: 616.965.8282 Fax: 616.940.5370  
cherryhealth.org

**Formulario de renuncia de seguro comercial / Medicaid**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Comprendo que los servicios que reciba hoy en Cherry Health (CH) podrían no estar cubiertos por mi seguro privado, Medicaid o Healthy Michigan por los siguientes motivos:

- No tengo ningún tipo de cobertura de Medicaid u otro tipo de cobertura de seguro en este momento. Comprendo que puedo solicitar el programa de tarifas escaladas de CH.
- Califico únicamente para Cobertura de emergencia o MOMS. Comprendo que puedo solicitar el programa de tarifas escaladas de CH.
- Mi proveedor es un proveedor no participante o mi seguro no se acepta en CH. Comprendo que estos cargos pueden descontarse de acuerdo con el programa de tarifas escaladas. También comprendo que si califico retroactivamente para un seguro que CH no acepte, seguiré siendo responsable por mis cargos.
- Mi seguro no cubre ciertos servicios (examen físico realizado dentro de los 365 días del examen anterior, anticonceptivos, eliminación de lesiones, tratamientos de conducto, tratamiento periodontal, mantenedores de espacio, servicios de visión y ópticos seleccionados, etc.). Comprendo que puedo solicitar el programa de tarifas escaladas de CH. También, si me derivan a otro proveedor o centro, incluido un hospital o laboratorio, soy responsable por esos cargos.

Servicio: \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

He agotado los beneficios de mi seguro.

Soy consciente de que soy responsable de los gastos de hoy y acuerdo pagar los cargos completos por los servicios que reciba hoy en Cherry Health.

Me han informado acerca de estas pautas antes de recibir servicios en cualquier ubicación dentro de Cherry Health.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Tutor Legal/Padre** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo** **Fecha**