

IF YOU ARE IN A CRISIS, AND NEED TO TALK TO
SOMEONE, PLEASE CALL OUR 24/7 CRISIS LINE:

402-475-6695

Or call or text 9-8-8



Intake Documents - Arabic

Contained within this are the documents each individual in service should receive when starting a program at CenterPointe, Inc. It is our mission to help the people we serve get better, sooner, for longer.

Most Recent Review Completed by:
Ryan Paul Carruthers, PhD, LMHP, LADC – Chief Clinical Officer – 01/31/23



Table of Contents

CenterPointe, Inc.	1
CenterPointe Model of Care.....	2
Advanced Directives Information	3
Financial Agreement	Error! Bookmark not defined.
Individual in Service Grievance Policy	7
No Surprises Act	Error! Bookmark not defined.
Notice of Privacy Practices	Error! Bookmark not defined.
Rights and Responsibilities of Individuals in Service Policy	Error! Bookmark not defined.
Telehealth Consent	14
Tobacco-Free Environment Policy	15
Table of Services and Fees	16

CenterPointe, Inc.

CenterPointe Mission:

CenterPointe helps the people we serve get better, sooner, for longer.

CenterPointe Vision:

We foresee CenterPointe as the whole-health organization of choice.

CenterPointe Values:

- Do the right thing
- Accept everyone for who they are
- Help people help themselves
- Foster an environment for growth
- Be the best

Intake Documents Update

Updates to the Intake Documents shall be documented below:

Date of Implementation:	Approved By:	Implementation Notes:
01/31/23	Ryan Paul Carruthers, CCO	Created this "Intake Documents," including review and updating within Credible.
Date of Review:	Person(s) Conducting Review:	Review Notes/Policy Adjustments:
07/05/23	Ryan Paul Carruthers, CCO	Created Arabic Version of "Intake Documents"



CenterPointe Model of Care

At CenterPointe, we strive to provide the highest quality care available in the community. This means that we aim to “Be the Best” provider of care, and work hard to not only meet, but also exceed, and ultimately set the standards for care. There are five central pillars of the CenterPointe Model of Care:

Pillar I: Bio-Psycho-Social Model of Integrated Care

- **Bio-Psycho-Social Model:** we provide care that treats the physical, behavioral, and environmental needs of the person served. By treating the whole person, we are able to help people get better, sooner, for longer.
- **Integrated Teams Model:** we take pride in the interdisciplinary team model in our program, and value the voice of every professional and the individual in service.

Pillar II: Housing First, Harm-Reduction Approach

- **Housing First Approach:** our priority is on getting the person to safe, stable, supportive, permanent, and affordable housing whenever possible. Abstinence is not a requirement for housing.
- **Harm Reduction Approach:** based upon the ideas that we “meet the person where they are at, but we don’t leave them there” and that “better is better.”

Pillar III: Philosophy of Strength-Based, Trauma-Informed, and Person-Centered Care

- **Strength-Based Care:** we do not focus on people’s deficits, diagnoses, labels, or set of problems, and instead we focus on people’s strengths, needs, abilities, and preferences for their life and recovery.
- **Trauma-Informed Care:** the assumption is that everyone, including employees and individuals in service, has trauma. We actively work to avoid retraumatizing individuals and take specific steps to avoid triggering others’ trauma.
- **Person-Centered Care:** we treat people as unique individuals. This is present in how we speak about the people we serve, in getting their input into their Recovery Plan, and our every interaction with individuals in service.

Pillar IV: Using Evidence-Based Practices

- **Motivational Interviewing (MI):** a set of communication techniques that are designed to help people engage in a change process.
- **Cognitive-Behavioral Therapy (CBT):** is a set of techniques that focus on helping people identify their irrational beliefs that are leading to emotional discomfort and behavioral problems.
- **Dialectical-Behavioral Therapy (DBT):** a specific set of CBT techniques that helps people to change maladaptive behaviors and learn a set of practical skills that counteract their previous tendencies.
- **Contingency Management (CM):** a set of behavioral techniques that reward specific, pre-identified behaviors (such as attendance, participation, and engagement in a program) with a reward that has monetary value.

Pillar V: Making Data-Informed Decisions

- **Daily Living Activities (DLA-20):** a clinical assessment tool that we do in all of our behavioral health programs that focusing on whether or not the person’s functioning is improving in their day-to-day life.
- **CenterPointe Metrics:** the agency has identified 21 specific metrics that are evaluated overall as an agency and within each program, focused on: utilization, compliance, satisfaction, health & safety, outcomes, and employee engagement.
- **Continuous Quality Improvement (CQI):** using real-time reporting tools inside of our electronic-health record and program-level committees, the agency uses a CQI approach to providing better care.



Advanced Directives Information

THE PATIENTS'S RIGHT TO MAKE HEALTH CARE DECISIONS UNDER THE LAW IN NEBRASKA

A federal law requires the Nebraska Department of Social Services to prepare a written description of Nebraska's law concerning Advance Directives. The federal law also requires Medicaid-participating hospitals, nursing facilities, providers of home health care or personal care services, hospice programs, and health maintenance organizations to give this description to adult patients. The following material is a general description of Nebraska's law concerning Advance Directives.

In Nebraska, adults who are capable of making health care decisions generally have the right to say yes or no to medical treatment. As a result, you have the right to prepare a document known as an "Advance Directive". The document says in advance what kind of treatment you do or do not want under special, serious medical conditions-conditions that would prevent you from telling your doctor how you want to be treated. For example, if you were taken to a hospital in a coma, would you want the hospital's medical staff to know your specific wishes about the kind of medical treatment that you do and do not want to receive?

The information in this description can help you understand your right to make decisions in advance of treatment. Because this is an important matter, you may wish to talk to family, close friends or personal advisors, your doctor, and your attorney before deciding whether you want an Advance Directive.

1. What is an Advance Directive?

An Advance Directive is a written statement which reliably shows that you have made a particular health care decision or have appointed another person to make that decision on your behalf. The two most common forms of Advance Directive are-

-A "Living Will"; and

-A "Power of Attorney for Health Care"

However, an Advance Directive can take other forms or be called other things.

An Advance Directive allows you to state your choices for health care or to name someone to make those choices for you, if you become unable to make decisions about your medical treatment. In short, an Advance Directive can enable you to make decisions about your future medical treatment. You can say "yes" to treatment you want or say "no" to treatment you do not want.

2. What is a Living Will?

A Living Will generally states the kind of medical care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a "Living Will" because it takes effect while you are still living. The Nebraska Legislature has adopted laws governing living wills. This law is known as the Rights of the Terminally Ill Act. An adult of sound mind may execute at any time a declaration governing the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment. The declaration must be signed by the individual or another person at the individual's direction and witnessed by two adults or a notary. No more than one witness to a declaration can be an administrator or employee of a health care provider who is caring for or treating the individual. An employee of a life or health insurance provider cannot be a witness for the individual. Under the law, life-sustaining treatment cannot be withheld or withdrawn under a declaration from an individual who is pregnant if it is probable that the fetus will develop to the point of live birth with continued application of life-sustaining treatment. A Living Will should clearly state your choice with regard to health care.

3. What is a Power of Attorney for health care?

A "Power of Attorney for Health Care" is a legal paper naming another person,

Such as a husband, wife, daughter, son, or close friend, as your "agent" or "representative" to make medical decisions for you if you should become unable to make them for yourself. Your agent, or representative, is guided by your instructions, and you can provide instructions about any treatment you do or don't want. In general, the power of attorney can give to the agent or representative the same powers an individual may have or could enforce on his/her own behalf. Nebraska has laws on Powers of Attorney for Health Care which allow an agent to make medical decisions for the person giving the power of attorney.

A power of attorney for health care must be in writing; identify yourself, your agent, and your successor agent, if any; specifically authorize the agent to make health care decisions on behalf of yourself in the event you are incapable; show the date of its execution; and be witnessed and signed by two adults, each of whom witnesses the signing and dating of the



power of attorney for health care by you or your acknowledgment of the signature and date, or be signed and acknowledged by you before a notary public who is not the attorney in fact or successor attorney in fact.

Your power of attorney for health care can grant authority for health care decisions as described in the law. However, the authority to consent to withholding or withdrawing a life-sustaining procedure for artificially administered nutrition for hydration is effective only when-

1. You are suffering from a terminal condition or are in a persistent vegetative state; AND
2. Your power of attorney for health care explicitly grants the authority to your agent or your intention to withhold or withdraw life-sustaining procedures or artificially administered nutrition or hydration is established by clear and convincing evidence, Clear and convincing evidence may be a living will, clearly documented medical record, refusal to consent to treatment, or other evidence.

4. Must a health care provider follow an Advance Directive?

The federal law requires hospitals, nursing facilities, home health agencies, hospice programs and health maintenance organizations (HMO's) to have written policies concerning Advance Directives. The health care provider you choose must inform you in writing of its written policy regarding Advance Directives. Therefore, you should review and discuss the provider's policy on following your Advance Directive with the provider and others.

Your health care provider must follow your Advance Directive unless the health care provider has informed you that it is unwilling to do so. If the health care provider is unwilling to follow your living will, the health care provider or physician must assist in transferring your care to another provider who is willing to follow your power of attorney for health care, your agent or representative must make arrangements to transfer you to another provider who is willing to follow your power of attorney for health care.

5. When does an Advance Directive take effect?

Your Advance Directive generally takes effect only after you no longer can make personal decisions. As long as you can make personal decisions on our own behalf, your health care givers will rely on you, not on your Advance Directive.

6. Do I have to write an Advance Directive?

No. It is entirely up to you whether you want to prepare an Advance Directive. Questions may arise about the kind of medical treatment that you do and do not want to receive. An Advance Directive may help to solve these important questions.

Your health care provider cannot require you to have an Advance Directive as a condition of receiving care; nor can your health care provider prohibit you from having an Advance Directive.

7. Can I change my mind after I write an Advance Directive?

Yes. To change or cancel an Advance Directive, simply destroy the original or take some other action to notify those who might rely on your Advance Directive that you are changing it or no longer want to have it effective. If you have given the Advance Directive to your doctor, notify your doctor of your change of mind. If you have given it to another health care provider, such as a hospital, nursing home, or home health agency, or a relative, notify them that you have changed your mind. If you have written a new document, you should give a copy of the new document to your doctors, other health care providers, and anyone else who may be involved in your care.

8. Do I have to have a written document to express my wishes to my doctor?

No. If you are able to communicate your wishes to your doctor, they will carry more weight than an Advance Directive. But if you state your wishes in a written document, your doctor will know what you want if you are not able to make decisions and communicate them on your own behalf.

9. What choices should I include in my Advance Directive?

If you choose to write an Advance Directive, the content of the Advance Directive is entirely your own choice. If you have questions, you may talk with family members, close personal advisors, your doctor, your attorney, or others who could help you understand your choices. Your Advance Directive should be personal to you and should reflect your own personal choices.

10. If I executed an Advance Directive in another state, will it be followed in Nebraska?

If you have executed an Advance Directive in another state and it is valid under the laws of that state or of Nebraska, it is valid in Nebraska.



11. What should I do with my Advance Directive if I choose to have one?

Make sure that someone, such as a family member, knows that you have an Advance Directive and knows where it is located. You might also consider the following:

- If you have a power of attorney for health care, give a copy or the original to your “agent” or “representative”.
- Tell your health care provider that you have an Advance Directive and ask the provider to make it part of your medical record.
- Keep a second copy of your Advance Directive in a safe place where it can be found easily, if it is needed.
- Keep a small card in your purse or wallet, which states that you have an Advance Directive and where it is located and who your “agent” or “representative” is, if you have named one.

This paper provides general information about Advance Directives. It is not intended to provide specific advice in a particular case. If you have additional questions about your legal right, you should seek the professional advice of a lawyer.

اتفاق مالي

CenterPointe هي مؤسسة خاصة غير هادفة للربح تعتمد على الرسوم التي يتم تحصيلها من الخدمات المقدمة لاستمرار العمل. نود أن تتفهم مسؤوليتك المالية عن الخدمات المقدمة لك ومسؤوليتك المحتملة عن سداد المدفوعات لمؤسسة CenterPointe وفقاً للسياسات الموضحة أدناه.

كل الأفراد المقدمة لهم الخدمات

- أثناء تلقيك للخدمات ستقوم باستيفاء "الموافقة المستنيرة"، التي ستضمن جمع المعلومات المالية واستيفاء اتفاق مالي.
- يتم تحديث المعلومات المالية والاتفاق المالي سنوياً. فإذا طرأ تغيير على عنوانك، أو رقم هاتفك، أو ظروفك المالية، فيرجى إخطار موظفي CenterPointe بذلك.
- لن تمنع CenterPointe الخدمات بسبب عدم القدرة على الدفع وستستخدم رسوماً متدرجة لتحديد مسؤوليتك المحتملة عن جميع الخدمات.
- قد يؤثر فقد التأمين أو مصادر التمويل على التزامك المالي للخدمات في CenterPointe.
- من المتوقع سداد المدفوعات في حينها لأنواع السداد المشترك، أو الخصومات/مبالغ التأمين المشترك المخصصة، أو الأرصدة المدينة (إدارة وتقييمات العلاج، والخدمات الاستشارية الفردية والجماعية)
- **مستحقو تأمين Medicaid و Medicare والتأمين الخاص/التجاري**
 - يجب الكشف عن كل التغطيات التأمينية وقت تلقيك لها.
 - تحاول CenterPointe فورة التأمين الخاص/التجاري أولاً لجميع المطالبات المؤهلة، ثم Medicare/Medicaid، وأخيراً المنطقة المناسبة مع قسم نيبيراسكا للصحة السلوكية (لخدمات الصحة السلوكية، حسب الاقتضاء).
 - تقوم CenterPointe بالتحقق من المزايا التأمينية وستوفر تقديرًا حسن النية لجميع المصروفات المحتملة مقابل الخدمات المقدمة. هذه القائمة ليست جامعة مانعة، بل تقدير بحسن نية.
 - سيقيم مكتبنا بتقديم المطالبات التأمينية نيابة عنك للخدمات المؤهلة التي يتم تقديمها، ولكنك مسؤول عن الرسوم غير المشمولة بسبب الخصومات، والسداد المشترك، وأسعار مقدمي الخدمة التابعين للشبكة.
 - قد تؤدي التغييرات في حالتك التأمينية مع Medicaid أو شركات التأمين الخاص إلى تحميلك مسؤولية الدفع الكامل مقابل الخدمات المقدمة، طبقاً لمقياس الرسوم المتدرجة لدينا.
 - قد ترغب أو تستفيد من خدمات لا يشملها التأمين الخاص بك. في حالة عدم التمكن من تحديد تمويل بديل، تكون مسؤولاً عن الدفع بالكامل لهذه الخدمات غير المشمولة.
 - زيارات الأطباء النفسيين و APRN (الممرضين الممارسين المتقدمين) فقط هي المؤهلة للتعويضات من Medicare في CenterPointe.
 - الخصومات ومبالغ التأمين المشترك المطالب بدفعها تكون مستحقة عند تلقيك لكشف حسابك، ما لم يتم اتخاذ ترتيبات أخرى.
 - يمكن استخدام بطاقات الائتمان والخصم في سداد المدفوعات من مرة واحدة أو لإنشاء مدفوعات متكررة (فيزا و ماستر كارد فقط).
 - قد تخضع الحسابات ذات الأرصدة المدينة بمبالغ تزيد عن 200 دولار لقيود الجدولة حتى يتم تحديث الحساب.
 - إذا رغبت في وضع خطة سداد شهرية، فيرجى الاتصال بمكتب الأعمال التابع لنا على الرقم 475-8717 x143 (402).
 - قد تتم إحالة حسابك إلى وكالة تحصيل إذا لم تتمكن من تسوية رصيدك المدين.

الخطط غير المؤمن عليها وعالية الخصومات

- قد يتأهل الأفراد للرسوم المتدرجة حسب الدخل وحجم الأسرة.
- الأفراد أصحاب خطط التأمين عالية الخصومات قد يكونوا مؤهلين كذلك لأسعار الرسوم المتدرجة.
- بعض الخدمات قد تحصل على إعفاء تعسر من دفع الرسوم.
- إذا لم تكن مؤهلاً من حيث الدخل أو غير مؤمن عليك، فيمكنك دفع كامل التكلفة مقابل الخدمات المقدمة لك.



Individual in Service Grievance Policy

Purpose:

CenterPointe recognizes that grievances or complaints from individuals in service may occur against the program, staff, structure of the program, policy, procedure, or as a result of staff decisions regarding their program participation while receiving services from CenterPointe.

Policy:

It is the policy of CenterPointe that efforts be made to resolve all complaints through an informal process, but that no barriers be put in place to individuals seeking to file a grievance. If any individual in service is not satisfied with the results of the informal process used to resolve complaints and concerns, the individual is encouraged to file a formal grievance. A copy of this Grievance Policy shall be posted prominently in all CenterPointe programs, facilities, and locations. Individuals in service will not be penalized in any way for using the grievance process.

Procedures:

In order to carry out the above policy, CenterPointe will implement the following procedures:

1. A Grievance is defined, for the purposes of this policy, as a formal complaint that is made, typically after attempts have failed at informal resolution, that alleges a violation of law, policies and procedures, standards of care, professional codes of ethics, or rights of individuals in service, outlining the specific wrongs and/or requests remedial action.
2. Grievances may be reported to the staff verbally, but individuals are encouraged to report their requests in writing, documenting the incident and the reason for the grievance.
3. Any individual in service who needs help in following the grievance procedures or in writing their grievance may contact the Program Director of the program in which the grievance is alleged and a staff person or a neutral third party will be assigned to assist them.
4. All verbal grievances will be written down by staff, and whenever possible, will be signed by the individual in service.
5. Bring the grievance to the attention of staff anytime during services or within 90 days after leaving services. Please include name, dates and specifics about the nature of your grievance.
6. Program staff will inform the Program Director of the grievance before the end of the working day that they are made aware of or given the grievance.
7. The Program Director will respond to the grievance in writing within five (5) working days in the format provided to Program Directors.
8. If the individual in service is dissatisfied with the Program Director's response, they may take the grievance to the Executive Leadership Team, consisting of the Chief Clinical Officer, Chief Operating Officer, and/or Chief Executive Officer within ten (10) days of receiving the Program Director's response.
9. The Executive Leadership Team will provide a written response within five (5) working days of having met with the individual in service about the grievance.
10. If the Individual in service is dissatisfied with the response of the the Executive Leadership Team, they may appeal to the agency's Board of Directors' Executive Committee. The grievance will be addressed at the next regular meeting of the Executive Committee. The written decision of the Executive Committee will be final and shall be provided to the individual filing the grievance within ten (10) days after the Executive Committee meeting.
11. All grievances will be documented in an Incident Report, and will automatically trigger a Critical Incident Review meeting, which will be completed on a quarterly basis with each program. Grievances are reviewed at least annually to identify trends, review input from individuals in service, and identify needed actions to improve services for the individuals in service.
12. If you are not satisfied with the response, or at any time, you may complain to the:

Nebraska Department of Health and Human Services, Department of Regulation and Licensure, Health Facility Investigations, 301 Centennial Mall South, BOX 94986 Lincoln NE, 68509-4986 (402) 471-0316

Or by Contacting:

Nebraska Advocacy Center, 134 S 13th Street Lincoln, NE 68508, (402) 474-3183

قانون عدم المفاجآت

الإخطار القياسي ووثيقة الموافقة

نموذج الحماية من الفواتير المفاجئة

إن الهدف من هذه الوثيقة هو إخطارك علمًا بأنواع حمايتك من الفواتير الطبية غير المتوقعة. كما أنها تستطلع رغبتك في إيقاف تلك الحماية ودفع المزيد مقابل الرعاية خارج الشبكة.

هام: ليس مطلوبًا منك التوقيع على هذا النموذج وليس عليك التوقيع عليه إن لم تكن تملك خيار لموفر خدمة صحية عندما تلقيت الرعاية. يمكنك اختيار الحصول على الرعاية من موفر خدمة أو منشأة ضمن شبكة خطتك الصحية، مما يقلل التكلفة عليك.

إذا رغبت في المساعدة لهذه الوثيقة، اطلب موفر خدمة أو محامي مرضى. التقط صورة و/أو احتفظ بنسخة من هذا النموذج في سجلاتك.

إنك تتلقى هذا الإخطار لأن هذا الموفر للخدمة أو المنشأة ليس ضمن شبكة خطتك الصحية. وهذا يعني عدم وجود اتفاق بين موفر الخدمة أو المنشأة وخطتك.

إن تلقي الرعاية من هذا الموفر للخدمة أو المنشأة قد يكون أعلى تكلفة.

إذا كانت خطتك تغطي البند أو الخدمة التي تحصل عليها، فإن القانون الفيدرالي يحميك من الفواتير الأعلى:

- إذا كنت تتلقى رعاية طارئة من موفر خدمة أو منشآت خارج الشبكة، أو
 - إذا تولى علاجك موفر خدمة من خارج الشبكة في إحدى المستشفيات التي ضمن الشبكة أو مركز جراحي متنقل دون علمك أو موافقتك.
- اطلب موفر الخدمة الخاص بك أو محامي المرضى إذا احتجت لمساعدة في معرفة مدى انطباق أنواع الحماية هذه عليك. إذا وقعت على هذا النموذج، فقد تدفع قدرًا أكبر للأسباب التالية:
- أنك تتخلى عن حمايتك بموجب القانون.
 - قد تكون مدينًا بكامل التكاليف المفوترة مقابل البنود والخدمات التي تتلقاها.
 - قد لا تحتسب خطتك الصحية أي مبلغ تدفعه نحو حد الخصم أو النثریات الخاص بك. راجع خطتك الصحية لمزيد من المعلومات.
- يجب ألا تتوقع هذا النموذج إذا لم يكن لديك اختيار موفر الخدمة عند تلقي الرعاية. على سبيل المثال، إذا تم تخصيص طبيب لك دون إعطائك فرصة لتغييره. قبل أخذ قرار بشأن التوقيع على هذا النموذج من عدمه، يمكنك مراجعة خطتك الصحية لإيجاد موفر خدمة أو منشأة ضمن الشبكة. وفي حالة عدم وجود أي منها، فإن خطتك الصحية يمكن أن تصيغ اتفاقية مع موفر الخدمة هذا أو المنشأة أو مع غيرها.

قدر ما يمكنك دفعه

تقدير التكلفة الإجمالية لما يمكن أن يُطلب منك دفعه: من حقوقك الأخلاقية تحديد أهدافك العلاجية والمدة التي ترغب أن تظل فيها متلقيًا للعلاج مالم تسعى إلى علاج إلزامي. يُرجى الاطلاع على تصنيفات الرسوم المحتملة في الصفحة الرابعة.

- راجع التقدير التفصيلي. أنظر الصفحة الرابعة لمعرفة تقدير التكاليف لكل بند أو خدمة.
- راجع خطتك الصحية. قد تحتوي خطتك على معلومات أفضل بشأن مقدار الخدمات مستحقة الدفع.
- هل هناك أسئلة عن هذا الإخطار والتقدير؟ اتصل على قسم الفوترة في CenterPointe لمزيد من المعلومات بشأن هذا النموذج، أو التزاماتك المالية المحتملة، أو خيارات خطط الدفع الخاصة بك، أو لطلب من موفر خدماتك الانضمام إلى شبكة شركات التأمين الخاصة بك على الرقم:

402-475-8717 x143

التفويض المسبق أو قيود إدارة الرعاية الأخرى

باستثناء حالات الطوارئ، قد تتطلب خطتك الصحية تفويضًا مسبقًا (أو قيودًا أخرى) لبنود وخدمات معينة. وهذا يعني أنك قد تحتاج إلى اعتماد خطتك بحيث تشمل بند أو خدمة ما قبل الحصول عليها. في حالة طلب التفويض المسبق، استشر خطتك الصحية بشأن المعلومات اللازمة للحصول على التغطية.

المزيد من المعلومات عن حقوقك وأنواع الحماية

تفضل بزيارة <https://www.cms.gov/files/document/model-disclosure-notice-patient-protections-against-surprise-billing-providers-facilities-health.pdf> لمزيد من المعلومات عن حقوقك بموجب القانون الفيدرالي.



بالتوقيع على هذه الوثيقة، فإنني أتخلى عن إجراءات حماية المستهلك الفيدرالية الخاصة بي وأقر بأنني قد أدفع المزيد من المال مقابل الحصول على الرعاية خارج الشبكة.

- بتوقيعي، أقر بأنني أوافق على الحصول على البنود أو الخدمات من المصادر التالية:
- موفري خدمة العيادات الخارجية في CenterPointe بما في ذلك: أخصائي العلاج، أو موفري الرعاية النفسية أو موفري الرعاية الأولية
 - منشآت CenterPointe الإبرائية مثل موقع Hope، أو Adult Residential أو Community Transitions.
 - برنامج CenterPointe لإعادة التأهيل النهاري في MidPointe
- بتوقيعي، أقر بأنني أوافق على ذلك بكامل إرادتي ودون تعرضي لأي إكراه أو ضغط. كما أنني أفهم ما يلي:
- أنني أتخلى عن بعض إجراءات حماية فوترة المستهلك بموجب القانون الفيدرالي.
 - أنني قد أحصل على فاتورة بالرسوم الكاملة عن هذه البنود والخدمات أو قد يتوجب عليّ دفع حصتي من التكاليف خارج الشبكة بموجب خطتي الصحية.
 - تسلمت إخطارًا مكتوبًا في تاريخ توقيع هذا النموذج يوضح أن موفر الخدمة أو المنشأة الخاصة بي ليست ضمن شبكة خطة الرعاية الصحية الخاصة بي، وبتكلفة الخدمات التقديرية، والمبلغ الذي يمكن أن أكون مدينًا به إذا وافقت أن يتم علاجي عن طريق هذا الموفر للخدمة أو المنشأة.
 - وحصلت على إخطار سواء ورقي أو إلكتروني، يتوافق مع اختياري.
 - أدرك تمامًا وبشكل كامل أن بعض أو كل المبالغ التي أدفعها قد لا تتم إضافتها إلى حد الخصم أو النثریات لخطتي الصحية.
 - يمكنني إنهاء هذا الاتفاق عن طريق إخطار موفر الخدمة أو المنشأة كتابيًا قبل الحصول على الخدمات.
- هام: لست مضطرًا للتوقيع على هذا النموذج. ولكن إذا لم توقع، فإن موفر الخدمة المذكور أو المنشأة قد لا يقوم بعلاجك.

إخطار ممارسات الخصوصية

يتناول هذا الإخطار كيفية استخدام والكشف عن معلوماتك الطبية، و/أو النفسية، و/أو الصحية و/أو المتعلقة بالمخدرات والكحوليات وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

يُرجى قراءة ما يلي بعناية

معلومات عامة

تعد المعلومات الخاصة بالرعاية الصحية الخاصة بك، مثل سداد تكاليف الرعاية الصحية، محمية بموجب قانونين فيدراليين: قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساواة لعام ("HIPAA") 1996، و 42 C.F.R و 290dd-2، 42 CFR USC 1320d U.S.C. الجزء

2. بموجب هذين القانونين، لا يحق لـ **CenterPointe** إطلاع أي شخص خارج **CenterPointe** بأنك تحضر البرنامج، ولا الكشف عن أية معلومات تحددك كمشارك في برنامج للعلاج من الكحوليات والمخدرات، أو الكشف عن أية معلومات محمية، باستثناء ما يسمح به القانون الفيدرالي.

هناك موظفون محددون في **CenterPointe** يمكنهم الوصول إلى المعلومات الصحية اللازمة لتوفير الخدمات وتنسيق الرعاية الخاصة بك، أو استخدام معلوماتك في العمليات الإدارية للرعاية الصحية، مثل النتائج وسداد تكلفة الخدمات المقدمة، وإجراء دراسات المتابعة معك. بصفة عامة يكون الإذن بالإفصاح عن المعلومات مطلوبًا للكشف عن المعلومات لأغراض أخرى. مع ذلك، ففي حالات معينة فإن رفضك منح الموافقة قد يؤثر في إمكانية استفادتك من الخدمات. بصفة عامة عليك أيضًا توقيع موافقة مكتوبة قبل أن تتمكن **CenterPointe** من مشاركة المعلومات خارج نطاق موظفيها لأغراض العلاج أو تنسيق خدمات صحية أو نفسية أخرى. ومع ذلك، يسمح القانون الفيدرالي لـ **CenterPointe** بالكشف عن معلومات دون إذنك:

1. الكشف عن المعلومات التي لا تحتوي على أي "معلومات صحية محمية"؛
2. الكشف داخل الوكالة بين العاملين الذين يحتاجون للمعلومات للقيام بواجباتهم الوظيفية؛
3. في حالة طبية طارئة؛
4. الكشف عن المعلومات لمنظمة الخدمة المؤهلة (QSO) أو شريك تجاري تبرم الوكالة اتفاقًا مكتوبًا مع أي منهما، حيث يقر الاتفاق بحدود ولوائح الخصوصية والسرية ويوافق على الالتزام بها؛
5. المعلومات المتعلقة بجريمة ارتكبتها شخص في الخدمة سواء في البرنامج أو ضد أي شخص يعمل للبرنامج أو المتعلقة بتهديد بارتكاب تلك الجريمة؛
6. المعلومات المتعلقة بالاشتباه في الاعتداء على الأطفال أو إهمالهم أو الإبلاغ عن أمور أخرى مطلوبة؛
7. المعلومات التي يطلبها أفراد مؤهلين لبرامج البحث، أو التدقيق الحسابي أو التقييم، وفي هذه الحالة يتم اعتبار هؤلاء الأفراد امتدادًا للبرامج ويكونون ملزمين بنفس القوانين واللوائح؛
8. المعلومات التي تتطلبها مذكرة استدعاء للشهادة والأمر القضائي
9. الكشف عن المعلومات لك شخصيًا، على الرغم من أن تحقيق الشخصية مطلوب قبل التزويد بالمعلومات مباشرة. على سبيل المثال، يمكن أن

تكشف **CenterPointe** عن المعلومات دون موافقتك للحصول على خدمات الفوترة، أو لموفر خدمة رعاية صحية آخر لتزويدك بخدمات الرعاية الصحية طالما كانت هناك اتفاقية منظمة/شريك تجاري للخدمة المؤهلة قائمة.

تتلقى **CenterPointe** تمويلًا لتوفير الخدمات للأفراد المشردين وشبه المشردين وأسرتهم. من شروط بعض التمويلات أن تشارك الوكالة في "نظام معلومات إدارة نبراسكا"، الذي يقوم بجمع المعلومات الأساسية عن الأفراد الذين يتلقون خدمات من هذه الوكالة. لدى **CenterPointe** اتفاقية شريك تجاري مع **Nebraska Center and The Law for Children Families and** (مركز نبراسكا لعائلات الأطفال والقانون)، الذي يدير بنك المعلومات. تم إصدار هذا الشرط من أجل الحصول على حساب دقيق عن الأفراد وعائلاتهم الذين لا مأوى لهم لمعرفة احتياجاتهم لمختلف الخدمات.

ونقوم فقط بجمع المعلومات التي نراها مناسبة. يخضع جمع كل المعلومات الشخصية واستخدامها لمعايير السرية الصارمة. قبل أن تستطيع **CenterPointe** استخدام أو الكشف عن أية معلومات عن صحتك بأية طريقة، لم ترد أعلاه، فلا بد أولاً من الحصول على موافقتك المكتوبة التي تسمح بالقيام بهذا الكشف. بإمكانك ان تقوم كتابيًا بإلغاء أية موافقة مكتوبة في أي وقت، إلا إذا كان الإجراء الذي تم اتخاذه يعتمد عليها.

حقوق خصوصيتك كأحد الأفراد في خدمات **CenterPointe**

بموجب القانون الفيدرالي "قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساواة (HIPAA) يحق لك تقديم طلب كتابي لتقييد بعض استخدامات معلوماتك الصحية والكشف عنها. **CenterPointe** ليست ملزمة بالموافقة على أية قيود تطلبها، ولكن إذا وافقت **CenterPointe** عليها فإنها تصبح ملزمة بهذا الاتفاق ولا يمكنها الكشف عن أية معلومات قمت بتقييدها، إلا بحكم الضرورة في الطوارئ الطبية.

يحق لك تقديم طلب مكتوب بأن نتواصل معك بطريقة بديلة أو في موقع بديل. ستوافق **CenterPointe** على تلك الطلبات المعقولة ولن تطلب منك تفسيرًا.



بموجب HIPAA لديك الحق أيضًا في تقديم طلب كتابي بفحص ونسخ سجلات معلوماتك الصحية التي تحتفظ بها CenterPointe، إلا إذا كانت المعلومات تحتوي على ملاحظات أو معلومات علاج نفسي تم جمعها لاستخدامها في إجراءات جنائية أو إدارية أو ظروف أخرى محدودة. يمكنك استلام نسخة من معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مجانًا، كل 12 شهرًا. الطلبات الأخرى داخل نفس مدة الاثني عشر شهرًا تخضع لرسم قدره 20 دولارًا.

بموجب HIPAA يحق لك أيضًا، بنفس الاستثناء، في تقديم طلب كتابي لتعديل معلومات في سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك التي تحتفظ بها CenterPointe، وطلب واستلام بيان بعمليات الكشف عن معلوماتك الصحية التي قامت بها CenterPointe خلال الست سنوات السابقة لطلبك، بدءًا من 14 أبريل 2003. كما يحق لك أيضًا تلقي نسخة ورقية من هذا الإخطار.

واجبات CenterPointe

CenterPointe ملزمة بحكم القانون أن تحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية وأن تمدك بإخطار عن التزاماتها القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية. CenterPointe مطالبة قانونًا بالالتزام بشروط هذا الإخطار. تحتفظ CenterPointe بالحق في تغيير شروط هذا الإخطار ووضع أحكام جديدة للإخطار تكون فعالة لكل المعلومات الصحية المحمية التي تحتفظ بها. سيتم تزويدك بإخطار جديد عند حدوث أية مراجعات أو تعديلات.

الشكاوى والإبلاغ عن الانتهاكات

يمكنك تقديم شكوى إلى CenterPointe من خلال إجراء التظلم. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الاتصال بوزير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إذا شعرت بانتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك بموجب قانون HIPAA. لن يتم الانتقام منك نتيجة لتقديمك لتلك الشكوى.

إن انتهاك قوانين السرية المشار إليها أعلاه من جانب أي برنامج يعد جريمة. يمكن الإبلاغ عن أية انتهاكات مشتبه بها لقانون السرية إلى النائب العام الأمريكي في المنطقة التي يحدث فيها الانتهاك.

تواصل مع

لمزيد من المعلومات، تواصل مع: مسؤول الخصوصية في

CenterPointe. Tami Lewis-Ahrendt, 2633 P Street, Lincoln NE
68503. 402.475.8717. Effective Date: February 1, 2023

سياسة حقوق ومسؤوليات الأفراد في الخدمة

الغرض:

إن CenterPointe تعترف بالحقوق الممنوحة لجميع الأفراد الذين في الخدمة، بغض النظر عن البرنامج (البرامج) المسجلين بها. ولا تؤدي المشاركة في البرامج إلى تغيير أي حقوق دستورية أو حريات مدنية، وتحاول تقديم قائمة شاملة بالحقوق للأفراد المسجلين في أية خدمة.

السياسة:

إن سياسة CenterPointe هي أن جميع الأفراد في الخدمة مستحقون لكل وجميع الحقوق القانونية والمدنية التي يمنحها الدستور الفيدرالي ودستور الولاية والقوانين أثناء الخدمة في CenterPointe. بالإضافة إلى ذلك، فإن جميع الأفراد في الخدمة لديهم الحق فيما يلي:

- عدم التعرض للتمييز بغض النظر عن العرق أو اللون أو السلالة أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو التوجه الجنسي أو الجنس أو الهوية الجنسية؛
 - عدم التعرض للاستغلال البدني والجنسي، والتحرش، والإهمال والعقاب البدني؛
 - عدم التعرض للإيذاء النفسي، كالإهانة، والتهديدات، والاستغلال، والانتقام؛
 - عدم التعرض للاستغلال المالي أو سوء استخدام الأموال الشخصية؛
 - المعاملة بكرامة واحترام؛
 - عدم التعرض للاحتجاز أو العزل؛
 - تلقي خدمات سريعة ومهنية؛
 - الحصول على المعلومات الخاصة بهم في وقت كاف لتسهيل اتخاذ القرارات؛
 - معرفة أي وكل التغييرات قبل، أو أثناء، القبول وأثناء إقامتك؛
 - معرفة الشهادات المعتمدة والتدريبات التي حصل عليها موظفي CenterPointe الذين يقدمون الخدمات في البرامج التي يتم التسجيل فيها، مع معرفة تكوين فرق الموظفين؛
 - طلب مترجم فوري يفهم لغة الفرد وثقافته؛
 - طلب وتلقي تجهيزات مناسبة لأية إعاقة؛
 - توقع أن يلتزم العاملون بلوائح السرية والخصوصية، بما في ذلك السماح بالإفصاح عن المعلومات أو رفضه، إلا في الحالات التي يكون فيها الإفصاح مطلوبًا بحكم القانون؛
 - استلام نسخة من ممارسات الخصوصية في CenterPointe؛
 - المشاركة في وضع خطط العلاج/التعافي واتخاذ القرارات مع الفريق متعدد الاختصاصات؛
 - التعبير عن الميول والنتائج المتوقعة، وتكريمها من جانب الفريق متعدد التخصصات؛
 - طلب تفسير مكتوب في غضون عشرة (10) أيام عمل، وتوقع رد مكتوب خلال خمسة (5) أيام عمل، في حالة رفض الخدمات؛
 - تلقي عملية مناسبة عند التعامل مع الشكاوى والتظلمات، كما هو موضح في "سياسة التظلم للأفراد في الخدمة"، مع توفر نسخة منها عند الطلب؛
 - إنشاء توجيهات مسبقة للصحة العقلية؛
 - مراجعة المعلومات الموجودة في السجل الصحي الإلكتروني؛ يمكن التقدم بطلبات شفوية أو مكتوبة إلى أي من موظفي CenterPointe،
 - يضمن الوصول إليها في الوقت المناسب؛
 - الحصول على رأي آخر من موفر خدمة خارجي، عند الاقتضاء؛
 - عدم التعرض للنقل أو التسريح التعسفي؛
 - الاطلاع مقدمًا على أية تغييرات في خطة الرعاية أو العلاج/الشفاء؛
 - رفض أو وقف جزء أو كل الخدمات المقدمة، على الرغم من أن رفض أجزاء هامة من الخدمات قد يؤدي إلى الخروج من البرنامج؛
 - الاستمرار في الوصول إلى الكيانات القانونية من أجل التمثيل الملازم، وخدمات الدعم الذاتي وخدمات الدعم القانوني؛
 - دراسة نتائج أحدث استقصاءات المنشأة التي أجراها ممثلو وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS) في نبراسكا؛ و،
 - عدم التعرض للاشتراك غير الطوعي في البرنامج، مالم يكن هناك التزام إلزامي فعال صادر بأمر قضائي، وباستثناء حالات الحبس التحفظي.
- يتمتع المسجلين في الرعاية التي تشرف عليها Medicaid بنبراسكا بالحقوق التالية:
- طلب وتلقي معلومات عن خدمات الرعاية التي تشرف عليها Medicaid بنبراسكا
 - اختيار خدمة يمكن الوصول إليها من شبكة الرعاية التي تشرف عليها Medicaid بنبراسكا للصحة السلوكية
 - تقديم طعن أو تظلم بشأن إجراء أو قرار خاص بالرعاية التي تشرف عليها Medicaid بنبراسكا؛ و،
 - طلب جلسة استماع منصفة من DHHS إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة الطعن.

جميع الأفراد الذين في الخدمة في CenterPointe عليهم المسؤوليات التالية:

- معاملة موظفي الوكالة والأفراد الذي في الخدمة بكرامة واحترام؛
- العمل المتعاون والمباشر مع الموظفين؛
- المشاركة في كل أنشطة البرنامج المخططة، أو توصيل أي رفض للمشاركة؛
- تحديث شروط الاتفاق المالي؛
- تقديم عينة بول لتحليلها عند الطلب؛
- الخضوع للاختبارات الطبية، أو النفسية، أو السيكولوجية أو العلاجية الأخرى عند الطلب؛
- تفويض البرنامج في تأمين الخدمات الطبية في حالة الطوارئ،
- دفع تكلفة جميع الخدمات الطبية، بما في ذلك تحليل البول؛
- الدفع نظير أي ضرر يعتبر متعمداً ضد أحد موظفي الوكالة أو شخص آخر في منشآت الخدمة؛
- اتباع جميع قواعد البرنامج، وأهدافه وخطة العلاج/الشفاء المتفق عليها بشكل مشترك؛
- الاشتراك في الاستقصاءات عند الدخول، وأثناء الحصول على الخدمات وبعدها، كجزء من برنامج تطوير الجودة؛
- الامتناع عن الاستخدام غير المصرح به لمنتجات التبغ، أو الكحول، أو العقاقير أو الأدوية الممنوعة في منشآت CenterPointe و/أو في الأنشطة التي تشرف عليها CenterPointe؛
- الامتناع عن حيازة أية ممنوعات، كالأسلحة (أي المسدسات، السكاكين، الخ.)، والتبغ، والكحوليات، والعقاقير الممنوعة، والأدوية غير المرخصة وأدوات تعاطي المخدرات؛
- الامتناع عن التهديدات اللفظية المباشرة وغير المباشرة، والتحرش والعنف الجسدي؛
- الامتناع عن الاتصال الجنسي، والمقدمات الجنسية غير المرغوب فيها، و/أو التحرش الجنسي؛ و،
- احترام حقوق الأفراد الآخرين في الخدمة، بما في ذلك حقهم في السرية. سيتم توضيح القواعد والتوقعات الأخرى في حزمة الترحيب بالمشاركين لكل برنامج. على المسجلين في الرعاية التي تشرف عليها Medicaid الالتزام بالمسؤوليات التالية:
- إحضار بطاقة تعريف Nebraska Medicaid معهم في جميع المواعيد؛
- معرفة خدمات الصحة النفسية وعلاج تعاطي المخدرات وتلقي تلك الخدمات من موفر خدمة الرعاية التي تشرف عليها Medicaid؛
- إبلاغ موفر الخدمة الخاص بك عن أية أعراض وتقديم الاستفسارات له؛
- أن تكون جزءاً من فريق العلاج؛
- أن تبلغ مقدم الخدمة الخاص بك إذا لم تتفق مع التوصيات؛
- أن تبلغ طبيبك أو المعالج الخاص بك إذا رغبت في إنهاء الاشتراك في البرنامج؛
- أن تبلغ مقدم الخدمة عن طبيبك؛
- أن تحضر المواعيد في وقتها المحدد وأن تتصل مقدماً إذا اضطرت إلى إلغاء الموعد؛
- أن تتعرف على إجراءات الرعاية التي تشرف عليها Medicaid وأن تتبعها؛
- أن تأخذ الدواء كما هو موصوف لك وأن تبلغ الطبيب في حالة حدوث مشكلة؛
- أن تدفع مقابل خدمات الصحة النفسية و/أو علاج تعاطي المخدرات غير المشمولة بموجب برنامج "الرعاية التي تشرف عليها Medicaid بنبراسكا"؛ و
- المشاركة في خدمات برنامج Medicaid.

الإجراءات:

لتنفيذ السياسة السابقة، سوف تطبق CenterPointe الإجراءات التالية:

1. تتم مراجعة "حقوق وواجبات الأفراد في الخدمة" مع الأفراد في الخدمة أثناء عملية القبول. يتم توثيق فهم هذه الحقوق والواجبات داخل خدمة "تلقي الطلبات" في Credible. يتم نشر نسخة من "حقوق وواجبات الأفراد في الخدمة" بشكل بارز وفي مكان عام في كل برنامج.
2. لمراقبة وضمان الحفاظ على حقوق الفرد، نهيب بجميع الأفراد التقدم بتظلم رسمي في أي وقت يشعرون فيه بانتهاك حقوقهم. يتم نشر نسخة من "سياسة تظلمات الأفراد في الخدمة" بشكل بارز وفي مكان عام في كل برنامج. يتم الإبلاغ عن جميع التظلمات الذي تقدم بها الأفراد في الخدمة داخل Credible في خدمة "تقرير الحوادث"، ويتم رفع جميع التظلمات تلقائياً إلى مستوى يعتبر ذات طبيعة خطيرة. لذلك، فليس مطلوباً منه مجرد المتابعة من خلال مدير البرنامج، بل وطلب عقد "اجتماع مراجعة الحوادث الخطيرة"، الذي يتطلق قيام كبير المسؤولين الإكلينيكين مع كبير الأطباء ومدير البرنامج بمراجعة كل التفاصيل المحيطة بالوضع واتخاذ توصيات للتعامل مع التظلم.



Telehealth Consent

I agree to receive medically necessary live, interactive video telehealth services from CenterPointe, who is located at a distant site location.

And I understand that:

- a. I retain the right to refuse telehealth consultations at any time without affecting my/my child's right to future care or treatment and without risking the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be entitled.
- b. All existing confidentiality protections shall apply to my telehealth consultation.
- c. I shall have access to all medical information resulting from the telehealth consultation, as provided by law.
- d. Information from the telehealth service (images that can be identified as my child/mine or other medical information from the telehealth service) cannot be released to researchers or anyone else without my written consent.
- e. If I decline telehealth services, other alternative options are available to me, including in-person services. These options are: in-person therapy once virus precautions are lifted or in-office sessions if I am symptom free.
- f. I will be informed whether the telehealth consultation will be or will not be recorded.
- g. I will be informed of all people who will be present at all sites during my telehealth service.
- h. I retain the right to exclude anyone from either the originating or distant site.
- i. I understand that this consent is valid for six months for follow-up telehealth services with this health care provider.
- j. If/when I participate in groups, I agree to protect the confidentiality of all participants information. This includes the environment in which I conduct the telehealth session (ie. use of headphones, sessions in a private location without unauthorized participants).
- k. I further understand that there are potential risks to telemedicine, including but not limited to, interruptions, unauthorized access, and technical difficulties. I understand that either the healthcare provider or I can discontinue my/my child's telehealth visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for the situation. I have read this document carefully and my questions have been answered to my satisfaction. I consent to participate in telehealth as outlined above.



Tobacco-Free Environment Policy

Purpose:

CenterPointe recognizes that, as a health care provider committed to the health and safety of staff, individuals in service, and visitors, CenterPointe is taking a leadership role on the major public health issue of tobacco use. To promote CenterPointe's commitment to public health and safety and to reduce the health and safety risks to those served and employed at the workplace, all CenterPointe facilities, vehicles, and properties are tobacco-free.

Policy:

It is the policy of CenterPointe that no use of tobacco products will be allowed on or in any of CenterPointe's properties, facilities, programs, vehicles, or at any CenterPointe-supervised event. Tobacco products include but are not limited to cigarettes, electronic cigarettes, vaporizers, cigars, pipe tobacco, chewing tobacco, and dipping tobacco.

Procedures:

In order to carry out the above policy, CenterPointe will implement the following procedures:

1. There will be no use or possession of, tobacco products including e-cigarettes, within the facilities, programs, properties, and vehicles, at any time.
2. Individuals in service are informed of this policy prior to admission into the program. Signs are posted in agency facilities and vehicles, and this is directly addressed in all written and verbal program orientation provided by staff.
3. Tobacco products found at or after the time of admission into residential programs will be confiscated and destroyed by staff.
4. Individuals in service are prohibited from using tobacco products during any outside group outings, meetings, activities, appointments, and events when supervised by CenterPointe staff. Furthermore, use of tobacco products by CenterPointe individuals in service that occurs within the sight of program/property will not be allowed.
5. If an individual in service smells of smoke, they may be asked to change their clothing.
6. Staff will assist individuals in service who wish to quit smoking by offering education regarding options which may include the nicotine patch, gum, or lozenges, along with medications to help with cravings and Smoking Cessation Groups.
7. Violations of this policy will be handled in the following manner:
 - a. **First Offense:** Verbal Warning
 - b. **Second Offense:** Verbal Warning with Written Warning/Therapeutic Assignment
 - c. **Third Offense:** Individualized consequence in line with Positive Approaches to Behavioral Intervention Policy, which may include a reduction in Program Privileges, a change in Program Phase, etc., to be determined by the Program Director
 - d. **Fourth Offense and Beyond:** Individualized consequence, which may include consideration for discharge from the program.
8. Possible loss of privileges can arise on first and second offenses depending on the program. If a person is found smoking inside a program this may be grounds for termination from the program.
9. All CenterPointe Employees are responsible for the enforcement of this policy, and have their own expectations, written out in policy, about maintaining a tobacco free environment.



Table of Services and Fees

Service code (CPT Code)	Description	Maximum Fee per Service (actual rate may be less depending on provider type)
90791	Initial Diagnostic Evaluation <i>Comprehensive Assessment</i>	\$238.40
90792	Initial Diagnostic Evaluation with Medication service <i>Psychiatric Assessment</i>	\$333.40
90832	Psychotherapy, 16-37 minutes	\$129.07
90834	Psychotherapy, 38-52 minutes	\$193.60
90837	Psychotherapy ≥ 53 minutes	\$258.13
90846	Family Psychotherapy without Patient Present, 50 minutes	\$164.27
90847	Family Psychotherapy with Patient Present, 50 minutes	\$173.93
90853	Group Psychotherapy	\$52.44
96372	Therapeutic Injection	\$13.73
99213, 99214, 99215	Established patient Evaluation/Management - outpatient/telehealth visit (low, moderate, high complexity) <i>Medication Check</i>	\$85.69, \$118.06, \$118.54
H0031 52	Annual Supervision Assessment by LIMHP <i>Comprehensive Assess Update</i>	\$121.48
H0019 HE	Residential Rehabilitation Services - (MRO) - (per diem) <i>Community Transitions</i>	\$157.93 (per day)
H2017/2018	Day Rehabilitation Services – 15 min unit/full day	\$3.39 (per 15 min) \$81.06 (per full day)
H2015 HE	Community Support Services - mental health (MRO) per 15 min	\$29.50 (per 15 min)
H2015 HF	SUD level 1 Community - Support 15-min unit	\$29.07 (per 15 min)
H0018 HF	SUD level 3.5 Short-term residential Co-occurring diagnosis capable (Per diem) <i>Short-Term Residential</i>	\$263.77 (per day)
H0018 HH	SUD level 3.5 Dual-disorder residential (Co-occurring diagnosis enhanced per diem) – <i>Adult Residential, Co-Occurring Residential</i>	\$300.98 (per day)
H0040 52	(Alternate) Assertive Community Treatment Program (ACT) - (MRO) (Per diem)	\$59.43 (per day)
H0038 HE/HF	Peer Support Services for Mental Health or SUD Per 15-minute increments	\$15.30 (per 15 min)
H0038 HQ	Peer Support Services for Mental Health or SUD Per 15-minute increments	\$10.52 (per 15 min)
Total Estimate:	This Good Faith Estimate explains CenterPointe’s rate for each service provided. CenterPointe will collaborate with you throughout your treatment to determine the frequency and number of services you may need to receive the greatest benefit based on your individual needs and plan of care.	

Please note that Place of Service (in office vs. telemental health) is not delineated above since the charges are identical.