

ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Inicie su selección de pagos y complete la información de pago y la parte posterior del formulario.

Se necesitará una copia de su identificación con foto para verificar la identidad. Marque con sus iniciales en la casilla donde corresponda:

- No usaré seguro médico y estoy de acuerdo en pagar la tarifa completa de \$ 205 por la primera sesión y \$ 165 por las siguientes sesiones.
- Voy a utilizar los beneficios de Medicare para pagar mi consejería, siendo mi consejero proveedor de Medicare.
- ✓ Entiendo que soy financieramente responsable de todo el tratamiento que Medicare u otro seguro no pague.
 - ✓ Voy a utilizar un seguro secundario. Nombre del seguro: _____
- Tengo Medicare, pero NO VOY a utilizar los beneficios de Medicare para pagar mi asesoramiento.
- ✓ Yo entiendo que mi consejero no acepta reembolsos de Medicare. Hemos discutido esto, y hemos firmado los formularios necesarios (ABN).
- Requiero una subvención de la tarifa de \$ _____ por sesión.
- ✓ He completado el formulario de solicitud de subvención y lo he discutido con mi consejero.
 - ✓ Entiendo que mi tarifa será revisada dos veces por año, así como también si mi situación financiera cambia.
 - ✓ He completado la información demográfica relacionada con los propósitos de financiación.
- Estaré recibiendo patrocinio para mi asesoramiento y tendré que pagar una tarifa reducida de \$ _____ por sesión durante _____ sesiones.
- ✓ He completado el Formulario de Acuerdo de patrocinio de la organización patrocinadora.
 - ✓ Entiendo que este formulario será revisado cuando se acerque el final del acuerdo.
 - ✓ He completado la información demográfica relacionada con los propósitos de financiación.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Voy a utilizar seguro y / o seguro secundario con el cual SamaraCare ha hecho contrato para prestar servicios, o voy a utilizar beneficios fuera de la red. **Proporcione la tarjeta de seguro. Complete y firme la información:**

Nombre del asegurado principal: _____ Relación _____

Dirección (si es diferente): _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Seguro social #: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA -

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar los pagos.
- Autorizo el pago de beneficios médicos a SamaraCare por los servicios prestados.
- **Estoy de acuerdo en pagar el deducible, el co-pago y / o el co-seguro según lo indicado por mi seguro médico en el momento del servicio.**
- **ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE CUALQUIER SALDO QUE QUEDE EN LA CUENTA DESPUÉS DE QUE EL SEGURO HAYA PROCESADO LOS PAGOS.**

Firma del Cliente

Fecha

POR FAVOR, COMPLETE LA PARTE DE ATRAS DE ESTE FORMULARIO

Las Citas Perdidas: Debido a que las horas de asesoramiento están reservadas, SamaraCare le cobra al cliente por las sesiones canceladas cuando el aviso de cancelación se da con menos de 24 horas de antelación, excepto en caso de emergencia. Se cobrará una tarifa de sesión completa (\$ 165), ya que el seguro no reembolsa las citas perdidas.

Los Saldos de los Pacientes: Estoy al tanto de que soy responsable por el pago de la sesión, o el co-pago, co-seguro o deducibles en el momento del servicio. Puedo pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Entiendo que se me cobrarán \$ 20 si se devuelve un cheque por fondos insuficientes. Si mi cuenta tiene un saldo pendiente que no ha tenido pago por 2 sesiones, las sesiones adicionales no se programarán a menos que sean aprobadas por un supervisor.

Comunicación Financiera: Doy permiso para que la información de la cuenta financiera sea compartida con los siguientes personas:

Nombre / Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre / Relación: _____ Teléfono: _____

Entiendo y estoy de acuerdo con las políticas financieras según lo establecido.

Firma (18 años o mayor de 18)

Fecha

Nombre Impreso

Una copia de este formulario está disponible bajo petición