FINANCIAL FORM

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:

☐ Estoy de acuerdo en pagar la tarifa completa de $ 200.00 por la primera sesión y $ 150.00 por las siguientes sesiones.

☐ ✓ Entiendo que soy financieramente responsable de todo el tratamiento. Entiendo que mi consejero no acepta reembolsos de Medicare u otro seguro de salud Hemos discutido esto, y hemos firmado los formularios necesarios .

☐ ✓ He completado la información demográfica relacionada con los propósitos de financiación.

☐ Voy a utilizar beneficios fuera de la red. **Proporcione la tarjeta de credito. Complete y firme la información:**

Nombre de responsible principal:_____

Clase de tarjeta: VISA MC AMEX Numero de tarjeta: _____

CVV: _____ Fecha de Exp: _____ Zip Code _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA -

- Autorizo la divulgación de cualquier información clinica u otra información necesaria para procesar los pagos.
- Autorizo el pago de beneficios a Bridge to Wellness Centers LLC por los servicios prestados.
- **ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE CUALQUIER SALDO QUE QUEDE EN LA CUENTA.**

- **Email para su recibo:** _____

_____ _____

Firma del Cliente Fecha

POR FAVOR, COMPLETE LA PARTE DE ATRAS DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DE FINANCIACION:

Las Citas Perdidas: Debido a que las horas de asesoramiento están reservadas, Bridge to Wellness Centers LLC 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 ($ 75.00), 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, **en el momento del servicio.** Puedo pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Entiendo que se me cobrarán $ 50 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 mi consejero.

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

Nombre / Relación: _____ Telefono: _____

Nombre / Relación: _____ Telefono: _____ **Entiendo**

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

_____ _____

Firma (18 años o mayor de 18) Fecha

_____

Nombre Impreso