

Información del padre/tutor legal

Primer Nombre	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Relación hacia el niño		
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía tío <input type="checkbox"/> Hermano hermana <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor designado por la corte		

Información del niño

Primer Nombre	Segundo nombre / Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	____ / ____ / ____

Política de pagos

PAGOS DE SEGURO

1. Seguro: participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicaid. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

2. Prueba de seguro: debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro para proporcionar prueba de seguro. Si nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de una reclamación.

3. Copagos y deducibles: Todos los copagos, pagos de coseguro y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que no cobremos los copagos y los deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a hacer cumplir la ley haciendo estos pagos en cada visita.

Copago	Fuera de su bolsillo	Deducible	Autorización requerida
_____	_____	_____	_____
Coseguro	Límite de visitas	Total/Cita	Durante el año de su plan, ¿lo han visto en otro lugar?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

4. Cambios en la cobertura: si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 90 días, el saldo se convertirá automáticamente en su responsabilidad de pagar.

5. Servicios no cubiertos: tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicaid u otras aseguradoras.

6. Presentación de reclamos: Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que, con la excepción de Medicaid, el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato. Por lo general, toma entre 7 y 14 días desde la fecha del servicio para recibir el pago de una compañía de seguros.

7. Reembolsos: Al final de su curso de tratamiento y su compañía de seguros haya procesado todos los reclamos, revisaremos su cuenta. Si ha pagado en exceso su responsabilidad familiar, se le reembolsará el monto que pagó en exceso.

AUTOPAGOS

Si no tiene seguro, ofrecemos tarifas de pago privado para sesiones individuales:

Terapia Ocupacional y Física

Evaluación inicial: \$110
Tratamiento 85\$ por hora

Terapia del lenguaje

Evaluación inicial: \$110
Tratamiento 50\$ por media hora

Terapia de comportamiento

Evaluación de Psicología: \$1,800
Evaluación ABA: \$160 por hora
Tratamiento ABA: \$72 por hora
Capacitación para padres/familia: \$80 por hora

POLÍTICA DE PAGO

1. Estados de cuenta: para los servicios de rehabilitación, recibirá un estado de cuenta cada mes que indica el estado de su cuenta. Si se adeuda un pago de responsabilidad del paciente, el estado de cuenta mostrará el monto. El pago es debido a la recepción del estado de cuenta. Se incluye un comprobante de pago con su estado de cuenta. Puede usar el cupón para enviarnos su pago por correo, o puede comunicarse directamente con su clínica, ya sea en persona o por teléfono, para realizar su pago.

Para los servicios de ABA específicamente, comuníquese con la línea de servicio al cliente de nuestro servicio de facturación al 704-824-7800, opción 4, para recibir el estado de su cuenta.

2. Falta de pago: si su cuenta tiene 30 días de atraso, nuestro equipo de administración de cuentas se comunicará con usted para facilitar el pago de su saldo adeudado. Si tiene un saldo impago de \$100.00 o más de un caso anterior, no podrá iniciar la atención de un nuevo caso hasta que se pague el saldo impago del caso anterior. Si tiene preguntas sobre el estado de su cuenta, los cargos reflejados en su estado de cuenta mensual y/o los pagos de responsabilidad familiar adeudados, llame a la línea de servicio al cliente de nuestro servicio de facturación al 704-824-7800, opción 4, y lo ayudarán. tú.

PLANES FINANCIEROS

Entendemos que el costo de la atención médica puede ejercer presión sobre las finanzas. Es nuestra política que el pago de la parte adeudada por los servicios recibidos que no son pagados por su seguro vence en la fecha del servicio (deducible, coseguro, copago).

Si no puede hacer el pago completo de lo que debe, es posible que podamos establecer un plan de pago diferido. Comuníquese con nosotros al 704-824-7800, opción 4

Autorización financiera

Entiendo que Compleat KiDZ Pediatric Therapy ha verificado los beneficios de mi hijo como una cortesía hacia mí antes de su cita inicial. Esta autorización no es una garantía de pago. Cualquier responsabilidad de pago familiar, como un deducible, copago o coseguro, se cobrará en el momento del servicio.

CONSENTIMIENTO PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Por la presente, autorizo a Compleat KiDZ Pediatric Therapy a facturar a mi compañía de seguros o a la de mi hijo, y a que mi compañía de seguros o la de mi hijo envíe los pagos directamente a Compleat KiDZ Pediatric Therapy por los servicios prestados.
- He optado por pagar los servicios prestados a mi hijo por Compleat KiDZ Pediatric Therapy a través de un pago directo en el momento del servicio y según las tarifas de autopago establecidas en esta Notificación de política de pago.

Acepto mantener una tarjeta de crédito activa registrada con Stripe que esté vinculada de forma segura a la cuenta de Terapia pediátrica Compleat KiDZ de mi hijo, sabiendo que Compleat KiDZ solo tiene acceso a los últimos 4 dígitos del número de tarjeta de crédito. Doy permiso a Compleat KiDZ Pediatric Therapy para realizar retiros automáticos de tarjetas de crédito utilizando dicha tarjeta de crédito cuando el saldo de la cuenta de mi hijo cumpla con los criterios establecidos en esta Notificación de política de pago.

Copia de Tarjeta de Seguro *No aplica para Auto-Pago*

- Confirmando que proporcioné una copia de mi tarjeta de seguro o la de mi hijo correspondiente a los servicios solicitados.
- No pude traer la tarjeta del seguro, pero lo haré con la próxima ocasión
- Ya no tengo mi tarjeta de seguro o la de mi hijo

Padre/tutor legal (nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

____ / ____ / ____