

CENTRO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR
Política / Acuerdo de obligación financiera
Para todos los clientes asegurados y no asegurados

En Family Guidance Center nos gustaría darle la bienvenida a nuestra familia y agradecerle por elegirnos para sus necesidades de salud mental. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad.

Lea lo siguiente para reconocer su comprensión y acuerdo de cumplir con nuestra Política de obligaciones financieras:

Yo, como cliente o tutor, presentaré TODA la información del seguro activo al personal del Family Guidance Center. Esto sería en forma de tarjetas de seguros o tarjetas electrónicas en el sitio web de seguros.

Seré responsable de cualquier deducible, coseguro y / o copago del seguro que mi seguro designe como mi responsabilidad. También seré responsable de los servicios prestados que no estén cubiertos por mi seguro y entiendo que es mi elección obtener dichos servicios no cubiertos. Se requieren copagos en el momento del servicio, antes de que se presten estos servicios. El pago se aceptará en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Entiendo que hay una tarifa variable para la que puedo calificar, si NO tengo un seguro activo y cumplo con los requisitos de ingresos. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar la documentación adecuada para demostrar los ingresos, a fin de ser considerado para la escala móvil de tarifas. Acepto pagar la cantidad designada por Family Guidance Center, por cada servicio prestado.

Entiendo que es mi responsabilidad estar familiarizado con los beneficios específicos de mi seguro antes de comenzar el tratamiento. Es mi responsabilidad contactar al seguro o al empleador con cualquier pregunta que pueda tener, específica de mi póliza / plan.

Por la presente autorizo el pago directo de los beneficios de salud conductual al Family Guidance Center. Si mi seguro me reembolsa directamente los servicios prestados en FGC, soy consciente de que debo entregar este pago a FGC de inmediato. También estoy consciente y acepto que FGC proporcione toda la información médica necesaria del cliente, incluida la información protegida por HIPAA, a la compañía de seguros para fines de pago. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que proporcione una solicitud por escrito para terminar la asignación a FGC.

Entiendo que si no tengo cobertura de salud conductual a través de mi aseguradora, o PERDITO mi cobertura, DEBO solicitar una tarifa variable o seré financieramente responsable de todos los servicios prestados en su totalidad, hasta que se restablezca la cobertura.

Reconozco lo anterior y acepto adherirme a la Política / Acuerdo de obligaciones financieras Para todos los Clientes Asegurados y No Asegurados lo mejor que pueda al firmar el Formulario de Acuerdo de Consentimiento 111-MH.