



Hope Performance Systems LLC

Política Financiera del Cliente

Gracias por elegir HOPE PERFORMANCE SYSTEMS como su proveedor de atención de salud del comportamiento. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para los pacientes como un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, discútalas con nuestro gerente administrativo.

El Cliente (o el apoderado del cliente, si es menor de edad) es responsable del pago de su tratamiento y atención. Nos complace ayudarlo a facturar a nuestras aseguradoras contratadas. Sin embargo, se requiere que el cliente nos proporcione la información más correcta y actualizada sobre su seguro, o será responsable por los cargos incurridos si la información proporcionada no es correcta o actualizada. Los clientes son responsables del pago de copagos, co-seguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se realiza en el momento del servicio y para su comodidad, aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover, efectivo y cheques estatales en nuestra oficina. Con su autorización, podemos almacenar una tarjeta de crédito en el archivo y cargar cualquier saldo en el momento del servicio. No permitimos que los saldos se queden sin pagar a menos que el Administrador de la Oficina haya aprobado un acuerdo previo caso por caso. Todos los saldos pendientes deben pagarse antes de su próxima cita.

Si está cubierto por un seguro de salud con beneficios de SALUD MENTAL, le facturaremos a su seguro. Requerimos en cada visita que se presente una identificación con foto o licencia de conducir junto con sus tarjetas de seguro actuales. El personal de la oficina principal verificará su cobertura y elegibilidad y la cantidad esperada debida como cortesía. Recuerde que usted es 100 por ciento responsable de todos los cargos incurridos: la referencia de su médico y nuestra verificación de los beneficios de su seguro no son una garantía de pago.

Debido a los diferentes planes de seguros y proveedores, es imposible que conozcamos todos los beneficios, copagos y deducibles cubiertos para cada plan individual. Si bien es nuestra intención ayudarlo, aún es su responsabilidad garantizar que todos los servicios prestados o referidos por HOPE PERFORMANCE SYSTEMS, en su nombre, se paguen en su totalidad. Al firmar a continuación, reconozco que soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de cualquier seguro de terceros.

Los clientes pueden incurrir y ser responsables del pago de cargos adicionales a discreción de HOPE PERFORMANCE SYSTEMS. Estos cargos pueden incluir (pero no están limitados a) • cargos por cheques devueltos • cargo por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas • cargo por la copia y distribución de registros médicos del paciente • cargo por completar formularios extensos. • Todos los costos asociados con el cobro de saldos de pacientes.

CLIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:

Todos los cargos deben pagarse en el momento del servicio. Extenderemos un descuento del 25% SOLAMENTE a todos los clientes que pagan por cuenta propia y cuando los cargos se paguen por completo al momento del servicio.

CLIENTES SIN SEGURO:

En el caso de que un cliente no tenga seguro y no pueda pagar los servicios, le ofreceremos, caso por caso, los cargos con descuento en una escala móvil, según los ingresos. Esto queda a discreción del gerente de oficina, el director de finanzas y facturación y/o el director general.

CANCELACIONES O CITAS PERDIDAS:

Si no llama y cancela su cita al menos 24 horas antes de su cita, o si no se presenta a su cita, se le puede cobrar una tarifa de \$25 por no presentarse.

PADRES DIVORCIADOS DE CLIENTES MENORES DE EDAD:

Al firmar a continuación, el adulto que inscribe a un menor de edad en nuestra práctica el día del servicio acepta la responsabilidad del pago. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre los problemas de tratamiento y pago.

PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:

Por la presente, asigno, transfiero y libero directamente a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS todos los pagos de beneficios de seguro a los que tengo derecho para recibir atención profesional y médica, para cubrir los costos de la atención y el tratamiento que recibí para mí o para mi dependiente en dicha clínica. Autorizo a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS a contactar a mi compañía de seguros o al administrador del plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente con respecto a la cobertura y los pagos conforme a mi póliza. Le pido a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS. Autorizo a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS a divulgar toda la información médica (incluida, entre otras, la información sobre afecciones psiquiátricas y abuso de alcohol y drogas) solicitada por mi compañía de seguro médico, Medicare, otros médicos o proveedores, y cualquier otro pagador de terceros.



DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo y ordeno a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS que divulgue a las agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables de dicha atención médica y profesional, toda la información necesaria para justificar la reclamación y el pago.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos.

También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Nombre del Cliente
Apoderado si es menor

Firma del Cliente o
Representante Legal

Fecha