



HELPING HANDS

PEDIATRIC THERAPY

22 Buford Village Way, Suite 229. Buford GA 30518

Telephone: (678) 482-6100; fax: (770) 932-5684

El Acuerdo financiero, la Garantía de Cuenta

El firmante anotado abajo concuerda que en consideración a los servicios de la terapia para ser rendido al paciente, él/ella por lo presente se obliga para pagar inmediatamente cualquier co-paga, el coaseguro, deducible o la cantidad del servicio no-cubierta debida a la fecha en la que los servicios fueron rendidos. Cualquier cantidad no pagada dentro 3 meses de la fecha del servicio será susceptible a un tipo de interés de 1% por mes y será susceptible a colecciones.

Las citas planificadas canceladas sin notificarnos serán cargadas un bill igual a una sesión de tratamiento (15 minutos = 1 unidad). Esto no es cubierto por compañías de seguros ni Seguro médico y será facturado directamente a paciente/familia. Los pacientes que son regularmente, en la opinión del clínico que los tratan, con más de 15 minutos de retraso a citas, o a que no asiste por lo menos 75% de sesiones planificadas de terapia, es susceptible a descargos.

Requerimos el pago en el tiempo del servicio. Sin embargo, como un servicio a nuestros clientes, nosotros archivaremos sus reclamos con su compañía de seguros privada. Un número limitado de pacientes de Seguro médico son aceptado en un espacio disponible. Los arreglos previos para pacientes de Seguro médico deben ser hechos con Ayudar a Entregar la Terapia Pediátrica antes de servicios para ser rendido. El terapeuta manejará los arreglos del pago para recipientes de Seguro médico. Mi firma debajo indica la autorización para el pago para ser mandada directamente a Ayudar a Entregar la Terapia Pediátrica para cualquier reclamo sometido a una compañía de seguros, el Seguro médico o los Bebés no Pueden Esperar (BCW) en parte de mi niño/a.

Para pacientes que han sido aceptado con Seguro médico como un pagador, usted sólo será responsable para los servicios que son negado por Seguro médico. Estos incluyen pero no son limitados a sesiones para cuál Autorización Previa fue solicitado pero fue negado. Para estos servicios, usted será facturado un dinero efectivo la tasa descontada de \$155 para 1 sesiones del tratamiento de hora y \$225 para evaluaciones.

Esta forma ha sido explicada completamente a mí y mi firma certifica que entiendo lo contenido y acepto los términos.

Autorizo la liberación de mis historiales médicos solicitados de mi niño a mi compañía de seguros, al Seguro médico, a BCW, y a otro HIPAA las compañías sumisas necesarias para obtener el pago para servicios implicados en el cuidado de mi niño. Los pedidos historiales médicos a otros partidos requerirán la aprobación del padre/guardián de niño antes de la liberación.

La tarea de Beneficios de Seguro

Yo, _____, autorice Ayude a Entregar la Terapia Pediátrica para facturar y
(Cría/guardián)

para recibir el pago para servicios de terapia rindió a _____ De su compañía de
seguros. (El Nombre de niño)

Fecha

Paciente y/o Firma de Garante de Guardián

Testigo

Imprima el Nombre