

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de pago:** Al firmar este documento, me comprometo a pagar a Valley Cities Counseling & Consultation (en lo sucesivo, la "Agencia") todos los montos que se adeuden por los servicios prestados en los términos y condiciones de este acuerdo. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier copago, coaseguro, deducible o cualquier cargo que no cubra mi tercero pagador. Entiendo que todos los pagos se deben realizar en el momento del servicio, a menos que se acuerde lo contrario con mi proveedor de servicios.

**Escala de tarifas móviles:** Comprendo que, si no hay cobertura de terceros para los servicios prestados por la Agencia, los cargos por los servicios se determinarán por la escala de tarifas móviles de la Agencia, que proporciona una "escala móvil" de cargos basada en mis ingresos y el número de dependientes.

**Tercero pagador (incluido Medicare):** Comprendo que soy completamente responsable de los pagos de todos los servicios prestados. Si los servicios los cubre el tercero pagador, la Agencia facturará a la compañía de seguros o a cualquier otro pagador como cortesía cuando yo suministre información sobre mi cobertura. Pagaré a la Agencia cualquier gasto que no cubra el tercero pagador y le remitiré cualquier pago que reciba del tercero pagador en relación con los servicios prestados por la Agencia.

**Medicaid:** Entiendo que, en la mayoría de las circunstancias, mi cobertura de Medicaid será aceptada como pago total por los servicios prestados y que se espera que entregue un cupón de Medicaid actual cada vez que reciba servicios en la Agencia. Si mi cobertura cambia o se cancela, seré responsable por todos los gastos en los que incurra.

**Consentimiento para telesalud solamente de audio:** Entiendo y doy mi consentimiento para que Valley Cities me facture a mí o a mi plan de salud por un servicio de telesalud solamente de audio. Estoy de acuerdo con esto antes de que se presten servicios de telesalud solamente de audio.

**Pérdida o modificación de la cobertura:** Con la pérdida de cualquier cobertura médica, incluido Medicaid, estoy de acuerdo en que se me cobrará por todos los servicios basados en la tabla de tarifas y seré responsable por el pago de los servicios, a menos que haya otra financiación disponible. Reconozco que soy responsable por conocer los límites de mi cobertura médica.

**Pago al momento del servicio:** Entiendo que todos los pagos son debidos y pagaderos en el momento del servicio, y entiendo que no se prestará ningún servicio hasta que el pago se realice en su totalidad.

**Recaudación de cuentas vencidas:** Entiendo que todas las cuentas sin pagar serán enviadas a cobro, y no se prestarán más servicios hasta que el saldo de mi cuenta sea pagado en su totalidad.

**Cancelaciones de citas:** Estoy de acuerdo en pagar las citas a las que falte, a no ser que se cancelen con al menos 24 horas de antelación. Si únicamente tengo seguro de Medicaid, no se me cobrará.

**Divulgación de información:** Autorizo a la Agencia a divulgar cualquier información sobre el tratamiento o financiera necesaria para el pago a terceros, incluido un empleador, asegurador, pagador o programa de salud del gobierno, que sea o pueda ser responsable por el pago de la totalidad o parte de los cargos de la Agencia.

**Asignación de beneficios:** Por medio de la presente, cedo a la Agencia cualquier derecho de pago o reembolso por parte de cualquier aseguradora, pagador, plan o programa de salud del gobierno, que de otro modo sería pagadero al suscriptor, en la medida de mi cuenta.

*Se me ha explicado este formulario y he leído y comprendido su contenido. Comprendo que mi firma en este documento será tratada como un contrato. Si no se cumplen los términos y condiciones de este contrato, se considerará que el contrato está en mora y mi cuenta podrá remitirse a una agencia de cobros, con lo que acepto pagar todos los costos en los que incurra. Estoy de acuerdo en ponerme en contacto con la Agencia si mi situación financiera cambia y para revisar mi cronograma de tarifas y pagos para sus posibles ajustes. Comprendo que mi acuerdo se puede reevaluar periódicamente. También entiendo que las tarifas de la Agencia están sujetas a cambios con 30 días de antelación. Acuso recibo de un ejemplar de este formulario.*

\_\_\_\_\_  
Cliente

Fecha

\_\_\_\_\_  
Parte responsable

Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico

Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

Fecha

Se necesita la firma del padre/madre o tutor legal para los clientes menores de edad.