



La Responsabilidad Financiera del Cliente con Alliance Child & Family Solutions LLC d/b/a ACFS TEXAS

Gracias por elegir Alianza Niño & Family Solutions LLC o "ACFS Texas" para sus necesidades en materia de salud mental. Nuestro objetivo es ofrecer y mantener una buena relación con el cliente - Proveedor. Hacerle saber de antemano acerca de nuestras políticas de Office permite un buen flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Por favor, lea esto cuidadosamente y si usted tiene cualquier pregunta, no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

En primer lugar, debemos subrayar que como su proveedor de atención médica, nuestra relación con usted, no su compañía de seguros.

1. **Seguros:**

- a. Como cortesía, se intenta verificar los beneficios y presentar reclamaciones a su seguro en ninguna carga. Si tenemos un acuerdo con su compañía de seguros, cumpliremos con las tarifas, los co-pagos, co-seguros y deducibles definidos en nuestro acuerdo. Usted es responsable de todos los co-pagos, deducibles y cargos no cubiertos en el día de su servicio.
Es su responsabilidad conocer sus beneficios y le animamos a ponerse en contacto con su compañía de seguros.
- b. Es su responsabilidad mantener ACFS Texas hasta la fecha con la correcta información de seguros. **Si la compañía de seguros que designe es incorrecto, usted será responsable del pago de la visita en el auto-pago de \$120/visita inicial o \$100/visita de seguimiento.**
- c. Siempre por favor siéntase libre de contactar a nuestro departamento de contabilidad con cualquier duda, pregunta o información sobre su cuenta en 817-851-2042 x 8.

2. **No hay seguro, Self-Pay Servicios y/o alto deducible:**

- a. Si usted no tiene seguro, puede elegir no utilizar su seguro por servicios, o tener un deducible alto, se espera que usted pague todos los cargos en el momento del servicio.
- b. Los honorarios pueden ser elegibles para ser reducido tras la finalización de la aplicación del plan "Asistencia", junto con los documentos justificativos (prueba de ingresos). Estas tasas se determinará sobre una escala móvil, según los ingresos anuales del hogar del cliente. El Plan de Asistencia "aplicación" está disponible en nuestro sitio web o puede obtenerse de funcionarios o del departamento de contabilidad.

3. **Y el uso de almacenamiento de la tarjeta de crédito**

- a. Para garantizar la buena administración de nuestros servicios, le pedimos que coloque un confidencial tarjeta de crédito o débito para gestionar mejor colección de co-pagos, deducibles, co-seguros, y no mostrar/las tarifas de cancelación tardía.
- b. La información se almacena en un sistema seguro que cumple con el Payment Card Industry Data Security Standard. Solicitamos esta información para poder seguir ofreciendo servicios integrales y compasivos soluciones a todos nuestros clientes con la misma accesibilidad y costo razonable que hemos podido mantener hasta ahora.

4. **Preguntas frecuentes sobre tarjetas de crédito Pre-Authorization**

Q: ¿Cómo funciona el procedimiento de pago pre-autorizado el trabajo?

A. Empieza cuando usted rellene este formulario junto con proporcionar su papeleo de seguros:

- Este formulario se utiliza para especificar que el seguro los pagos se efectúan directamente en la agencia. Una vez que su médico reciba el pago de su compañía de seguros, él/ella tendrá la factura a su cuenta automáticamente para las tarifas no están cubiertos por su seguro médico, incluyendo los deducibles y copagos.
- Y, de esta forma se utiliza automáticamente para facturar a su cuenta para visitas periódicas establecidas con co-pagos, co-seguros y/o tarde o ningunos honorarios de la demostración.

Q: ¿Mi información de tarjeta de crédito accesible o almacenados por su oficina?

R: No, la información de su tarjeta de crédito sólo es necesaria una sola vez y los datos son capturados por una raya, un proveedor de servicios PCI de nivel 1 que es una empresa de servicios comerciales acreditados y se cifran y almacenan por ellos solamente. El gerente de la oficina y departamento de contabilidad han cifrado de



La Responsabilidad Financiera del Cliente con Alliance Child & Family Solutions LLC d/b/a ACFS TEXAS

contraseña para acceder a nuestros servicios de sistemas de pago y puede tirar de su cuenta por su nombre, pero sólo los últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito la información es visto.

Mediante mi firma a continuación, estoy indicando que he leído y comprendido todo lo anterior, han tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información, y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas del terapeuta o personal sobre la información anterior en cualquier momento.

Reconozco también que mediante mi firma a continuación:

1. Autorizo a niño Alliance & Family Solutions LLC d/b/a "ACFS Texas" para mantener mi firma en un archivo y cargar a mi cuenta para:
 - a. Saldo de cargos no exceda de \$120.00 para: limpiar las reclamaciones con saldos para co-seguros y deducibles que se reflejan en su explicación de beneficios.
 - b. Cargos recurrentes para tratamientos con permanente establecido co-pagos, co-seguro, y/o cualquier retraso y/o las tasas no-show.
2. Puedo asignar mi seguro beneficios para la práctica anteriormente enumerados. Tengo entendido que este formulario es válido para cuatro (4) años, a menos que cancele la autorización mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica. Entiendo que debe notificar la práctica de cualquier tarjeta renovaciones, cambios, seguros u otros cambios en la cuenta.
3. He leído y comprendido estas declaraciones y han tenido amplia oportunidad de hacer preguntas y solicitar una aclaración de nada claro para mí.

Nombre del cliente: _____

Nombre del padre: _____

Nombre del titular: _____

Código postal de facturación: _____

Firma: _____

Fecha: _____

***Nota: Si este formulario está firmado electrónicamente a través DrChrono OnPatient (a través de ordenador o iPad) o a través AdobeSign que estoy consintiendo a todas las afirmaciones anteriores con mi firma electrónica, incluso si la firma no aparece en las líneas exactas de arriba.**