

## PAYMENT AGREEMENT

Nombre del Cliente:

Nombre de la persona que acepta  
responsabilidad:

---

### **Pagos de Clientes**

El pago/copago debe realizarse en el momento del servicio; esto también incluye la teleterapia. Debido a la naturaleza de los servicios prestados y a las diferencias en los planes de seguro, ACGC sólo puede proporcionar una estimación de lo que puede deber. Si no hemos cobrado lo suficiente, le facturaremos la diferencia. Si cobramos demasiado, le devolveremos el dinero en un plazo de 60 días después de que su seguro haya procesado su reclamación. Si ACGC suspende la facturación de los estados de cuenta, (pandemia, actualizaciones del sistema, etc.) usted sigue siendo responsable de los servicios prestados. ACGC ofrece planes de pago y nadie será rechazado por no poder pagar. Póngase en contacto con el Revenue Cycle Manager de ACGC si necesita ayuda.

### **Llegadas Tardes, Cancelaciones y Ausencias**

Para que la terapia sea efectiva, debe tomar lugar regularmente. Se aplicará una tarifa de \$10 a todas las cancelaciones tardías y ausencias sin notificación. Si su hora de llegada es más de 15 minutos después de su cita programada, su cita será cancelada y se aplicará la tarifa. Para evitar cualquier cargo, por favor cancele con 24 horas de anticipación a su cita programada. La única excepción a esta política es si su hijo/a está enfermo o contagioso. La falta de pago de estos honorarios puede resultar en que la terapia sea pausada o terminada.

### **Seguro Médico**

Durante el proceso de admisión, usted debe proporcionar una tarjeta de seguro válida si el seguro va a ser utilizado para los servicios. Si ACGC tiene contrato con su seguro, presentaremos sus reclamaciones en su nombre. Al utilizar su seguro, usted está autorizando y asignando el pago a ACGC de su seguro por todos los servicios facturados. Es posible que el seguro no cubra la totalidad o parte de los servicios recibidos. Usted es responsable de entender los beneficios de su seguro y de pagar cualquier saldo restante después de que su seguro haya procesado sus reclamos.

### **Divulgación de Información**

Usted autoriza la divulgación de los registros médicos y la información del tratamiento a su compañía de seguros para el pago, la continuidad de la atención, la facturación médica y la facturación del seguro médico. Usted puede decidir pagar de su bolsillo para evitar que los registros sean enviados a su compañía de seguros por razones de privacidad relacionadas con la salud mental y/o el abuso de sustancias. Si elige esta opción, no podrá utilizar la escala de tarifas de ACGC.

### **Servicios no Cubiertos**

Los grupos de niños y adolescentes, los grupos de cuidadores, los talleres, y los servicios de terapia sin cita previa no están cubiertos por el seguro/Medicaid. Algunos planes no cubren las visitas de larga duración o

de crisis, y no todos los diagnósticos están cubiertos por todos los planes. Usted acepta pagar de su bolsillo estos servicios no cubiertos.

### **Cambios de Cobertura**

Es su responsabilidad actualizar a ACGC con cualquier cambio/actualización de la información de su seguro dentro de los 30 días siguientes al cambio. Si pierde la cobertura del seguro, será responsable de pagar los servicios recibidos.

### **Fuera de la Red de Seguro Médico**

Si el terapeuta que le atiende no está contratado por su seguro, tendrá que pagar usted mismo. Para utilizar los beneficios fuera de la red, debe pagar la tarifa completa y luego presentar las reclamaciones a su plan de seguro. Si desea utilizar la escala de tarifas de ACGC, se le pedirá que firme un formulario de renuncia al seguro en el que se compromete a no presentar reclamaciones a su plan de seguro para el reembolso fuera de la red.

### **Pago por Cuenta Propia**

El pago por cuenta propia está disponible para clientes bajo situaciones a continuación:

- Usted tiene seguro, pero ACGC no tiene contrato con su plan. Por favor, vea la sección de Fuera de la Red arriba para más detalles.
- Usted está recibiendo servicios que no están cubiertos por su plan de seguro.
- Usted tiene seguro, pero prefiere pagar de su bolsillo por razones de privacidad. Usted no será elegible para usar la escala de tarifas de ACGC. Vea la sección de divulgación de información más arriba.

### **Escala de Ingresos**

ACGC ofrece una escala de tarifas para los clientes que pagan de su bolsillo los servicios mencionados anteriormente. Se le pide que proporcione el tamaño de su hogar y los ingresos (de cualquier padre/tutor que viva en su hogar) para calificar para la escala de tarifas. Usted será responsable de reportar los cambios en los ingresos o el tamaño de su hogar, y las tarifas serán reevaluadas en ocasiones.

### **Subvenciones y Otros Programas.**

Puede haber ayudas de subvención en circunstancias específicas y limitadas. Se le informara en el momento de la admisión si sus servicios cumplen los requisitos para recibir una subvención.

**He leído y reconozco mis responsabilidades por los servicios prestados por Austin Child Guidance Center. Yo soy responsable del pago a Austin Child Guidance Center por los servicios prestados en nombre del cliente mencionado.**

Firma:

Fecha:

---

---