



## Helping Hands Pediatric Therapy

4030 Inman Park Lane; Buford, GA 30519  
Telephone: (678) 482-6100; fax: (770) 932-5684

### El Acuerdo financiero, la Garantía de Cuenta

El abajofirmante concuerda que en consideración a los servicios de la terapia para ser rendido al paciente, la él/ella por la presente obliga ella misma para pagar inmediatamente cualquier co-paga, el coaseguro, deducible o la cantidad del servicio de no-cubrió debida en la fecha en la que los servicios son rendidos. Ninguna cantidad no pagado dentro de 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 nota serán cargadas un honorario iguala a una unidad del tratamiento de billable perdido (15 minutos = 1 unidad). Esto no es billable a compañías de seguros ni Seguro médico y será facturado directamente a la paciente/familia. Los pacientes que son regularmente, en la opinión del clínico que trata, 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 descargar.

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 es aceptado en un espacio la base 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 de indica la autorización para el pago para ser mandada directamente a Ayudar a Entregar la Terapia Pediátrica para ningún reclamo sometido a una compañía de seguros, el Seguro médico ni los Bebés no Pueden Esperar (BCW) en mi beneficio de niño.

Para pacientes que ha sido aceptado con Seguro médico como un pagador, usted sólo será responsable de los servicios que es 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 \$100 para 1 sesiones del tratamiento de hora y \$200 para evaluaciones.

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

Autorizo la liberación de mis historiales médicos solicitados de 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 mi cuidado de niño. Los pedidos para 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 para y

(Cria/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