



## RESPONSABILIDAD FINANCIAL DEL CLIENTE de Alliance Child & Family Solutions ("ACFS")

Gracias por elegir Alliance Child & Family Solutions ("ACFS") para sus necesidades de salud mental. Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una relación positiva entre el cliente y el proveedor. Informarle de antemano sobre nuestras políticas de oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Por favor, lea esto cuidadosamente y si tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

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

1. **Seguro:**

- a. Como cortesía, intentamos verificar los beneficios y presentar reclamos a su seguro sin cargo alguno. Si tenemos un acuerdo con su compañía de seguros, respetaremos las tarifas, copagos, coseguros y deducibles definidos en nuestro acuerdo. Usted es responsable de todos los copagos, deducibles y cargos no cubiertos el día de su servicio. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y le animamos a ponerse en contacto con su compañía de seguros también.
- b. Es su responsabilidad mantener ACFS al día con su información de seguro correcta. Si la compañía de seguros que designa es incorrecta, usted será responsable del pago de la visita a **la tarifa de autopago de \$150/Visita inicial o \$125/Visita de seguimiento.**
- c. No dude en ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación con cualquier inquietud, pregunta o información con respecto a su cuenta al 817-851-2042 x 888 o [billing@acfstexas.com](mailto:billing@acfstexas.com).

2. **Sin seguro, servicios de autopago y/o deducibles altos:**

- a. Si usted no tiene seguro, decide no utilizar su seguro para servicios, o tiene un deducible alto, se espera que pague todas las tarifas en el momento del servicio.
- b. Las tarifas pueden ser elegibles para ser reducidas al completar la "Solicitud del Plan de Asistencia Financiera" junto con documentos de apoyo (prueba de ingresos). Esta aplicación se procesa internamente como cortesía a nuestros clientes que pueden estar enfrentando dificultades financieras en el pago de sus servicios. No comprobamos su crédito al determinar si usted es elegible para un descuento reducido de nuestras tarifas de Pago en Efectivo o deducible del paciente.
- c. Una vez que se envíe el "Plan de Asistencia Financiera" junto con los documentos de verificación de ingresos relacionados, así como los Formularios de Nuevos Clientes, nuestro Gerente de Facturación revisará y le enviará una copia firmada con la cantidad con descuento que se aplicará para cada cita. La "Solicitud del Plan de Asistencia" está disponible en nuestro sitio web o se puede obtener de los miembros del personal o del Departamento de Contabilidad.

3. **Almacenamiento y uso de tarjetas de crédito**

- a. Para garantizar una buena administración de nuestros servicios, requerimos que coloque una tarjeta de crédito/débito confidencial en el archivo para administrar mejor el cobro de copagos, deducibles, coseguros y sin cargos por cancelación por espectáculo/tarde.
- b. La información se almacena en un sistema seguro que cumple con el estándar de seguridad de datos de la industria de tarjetas de pago. Requerimos esta información para seguir ofreciendo servicios integrales y soluciones compasivas a todos nuestros clientes con la misma accesibilidad y costo razonable que hemos podido mantener hasta ahora.
- c. En cuanto al tratamiento de los servicios para menores en los que una orden judicial especifica la responsabilidad de pago entre dos tutores legales: Como cortesía a los padres a petición de sus, el Departamento de Facturación dividirá la responsabilidad del paciente de la parte del paciente para ser en el momento del servicio entre cada padre cuando ambas tarjetas están en el archivo.
  - Si uno de los dos tutores legales no está dispuesto o no puede poner una tarjeta en el archivo a pesar de las órdenes judiciales que indican la responsabilidad del pago, el menor no puede seguir siendo visto para el tratamiento a menos que todas las responsabilidades del cliente se paguen en su totalidad.
  - Si hay alguna discrepancia o problema, póngase en contacto con el Departamento de Facturación tan pronto como sea posible. Si surgen demasiados problemas con el proceso de cobro, el Gerente de Facturación puede decidir en cualquier momento dejar de cobrar las tarifas



## RESPONSABILIDAD FINANCIAL DEL CLIENTE de Alliance Child & Family Solutions ("ACFS")

entre los padres y los padres tendría que decidir quién pagará como el principal y solicitar el reembolso del otro padre.

#### 4. **Preguntas frecuentes sobre la preautorización de la tarjeta de crédito**

P. ¿Cómo funciona el procedimiento de pago preautorizado?

R. Comienza cuando usted llena este formulario junto con proporcionar su documentación del seguro:

- Este formulario se utiliza para especificar que los pagos del seguro deben hacerse directamente a la agencia. Una vez que su proveedor de atención médica reciba el pago de su compañía de seguros, facturará a su cuenta automáticamente cualquier cargo no cubierto por su seguro, incluyendo deducibles y copagos.
- Además, este formulario se utiliza para facturar automáticamente a su cuenta por visitas recurrentes con copagos establecidos, coseguros y/o cargos por retraso o no espectáculo.

P: ¿La información de mi tarjeta de crédito es accesible o almacenada por su oficina?

R: No. La información de su tarjeta solo se necesita una vez y sus datos son capturados por Stripe, un proveedor de servicios PCI nivel 1 que es una empresa de servicios comerciales acreditada y está encriptado y almacenado por ellos únicamente. El administrador de Office y el departamento de contabilidad tienen servicios de cifrado de contraseñas para acceder a nuestros sistemas de pago y pueden extraer su cuenta por su nombre, pero solo se ven los últimos 4 dígitos de la información de su tarjeta.

**Con mi firma a continuación, estoy indicando que he leído y entiendo todo lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información, y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas al Terapeuta o al Personal sobre la información anterior en cualquier momento.**

#### **También reconozco por mi firma a continuación que:**

1. Autorizo a Alliance Child & Family Solutions a mantener mi firma en el archivo y a cobrar a mi cuenta por:
  - a. Saldos de cargos que no deben exceder \$150.00 por reclamo para: reclamos limpios con saldos para co-seguros y deducibles que se reflejan en su explicación de beneficios.
  - b. Cargos recurrentes por tratamientos continuos con copagos establecidos, coseguro y/o cualquier cargo por retraso y/o no presentación.
2. Asigno mis beneficios de seguro a la práctica mencionada anteriormente. Entiendo que este formulario es válido por cuatro (4) años a menos que cancele la autorización mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica. Entiendo que debo notificar a la práctica de cualquier renovación de tarjeta, cambio de seguro u otros cambios en la cuenta.
3. He leído y entendido estas declaraciones y he tenido una amplia oportunidad de hacer preguntas sobre la información, y pedir aclaraciones de cualquier cosa que no esté claro para mí.

Se firman y se presentan a partir de la fecha de hoy, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cliente (o Tutor Legal)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente (o Tutor Legal)**

*\* NOTA: Las firmas en este formulario se consideran válidas y verdaderas independientemente de si se firma a mano o se firma electrónicamente a través de IntakeQ, AdobeSign, DrChrono u otro lugar electrónico aprobado, que estoy consintiendo todas las declaraciones anteriores con mi firma electrónica, incluso si la firma no aparece en las líneas exactas anteriores.*