



## Acuerdo de Honorarios

Nombre: \_\_\_\_\_

**Favor de leer este acuerdo cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada caja indicando que está de acuerdo.**

Gracias por escoger a **JEWISH FAMILY SERVICE OF THE DESERT (JFS)** para ayudarle con sus preocupaciones personales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el pago se debe de hacer en la fecha de la cita y se puede realizar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que **JFS** también acepta reembolso de muchos pagadores de terceras partes, incluyendo Medicare y Medi-Cal. **JFS** me puede ayudar a completar los documentos necesarios de seguros para facilitar pago por los servicios. Sin embargo, entiendo que yo soy responsable por todos los cargos que no están cubiertos por mi seguro.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo notificar a **JFS** cuando hay un cambio de plan de seguro o proveedores de HMO, ya que este cambio puede cambiar o interrumpir mis beneficios de salud mental. Si fallo en reportar cualquier cambio, esto puede resultar en que yo tenga que asumir la responsabilidad de pagar por servicios proveídos hasta que se apruebe una nueva autorización para tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que **JFS** me puede cobrar \$ 25.00 si cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación, o cuando estoy ausente a la cita,

\_\_\_\_\_ Entiendo que dos (2) o más cancelaciones tardes o ausencias sin aviso en 6 meses puede ser causa para JFS a suspender o cancelar servicios. (Favor de leer el "Recordatorio de Póliza de JFS, Cancelación & Cancelación Tardía de Citas" en la parte de atrás de este formulario.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si tengo un deducible que no se ha pagado, o si mi seguro reconoce que JFS es un proveedor que está fuera de la red de servicios, JFS me ofrecerá las siguientes opciones, de las cuales puedo aceptar una:

\_\_\_\_\_ a) Voy a pagar una cuota completa de \$ 110.00 hasta alcanzar el deducible.

\_\_\_\_\_ b) Voy a pagar una cantidad estipulada por mi seguro, para servicios fuera de la red.

\_\_\_\_\_ c) Voy a pagar una cuota determinada por el programa de descuento que usa JFS, basado en mis ingresos mensuales brutos (y la de los miembros de mi familia que viven en el hogar), y no usar mi seguro.

**TODOS LOS CLIENTES DE CUOTA DEBEN TRAER PRUEBA DE INGRESOS PARA LA PRIMERA SESIÓN.**

**El servicio puede ser aplazado si no provee la prueba de ingreso o pago. Es la póliza de esta agencia de llevar a cabo una revisión anual de todos los cargos. Se le pedirá una prueba actual de ingresos en ese momento. Mi ingreso mensual bruto es \_\$\_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_ **Cliente con Seguro Médico:** He leído, entiendo, estoy de acuerdo con la póliza de **JFS**, y estoy de acuerdo a pagar la cantidad de la que soy responsable de acuerdo a mi seguro médico en la fecha de comienzo, incluyendo, pero no limitado, a la cuota de servicio de \$\_\_\_\_\_ establecida en la fecha de:\_\_\_\_\_; entiendo que esta cantidad puede cambiar cuando JFS verifica mis beneficios durante cada cita o fecha de servicio.

\_\_\_\_\_ **Cliente de Cuota:** He leído, entiendo, estoy de acuerdo con la póliza de **JFS**, y estoy de acuerdo a pagar la cuota de:

\$\_\_\_\_\_ por cada cita o fecha de servicio, basada en los ingresos reportados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente (Padre/tutor legal si cliente es menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Director Clinico – (Clientes de Cuota)

\_\_\_\_\_  
Fecha