

Autorización de Pago

___ Yo no tengo seguro médico. Yo estoy de acuerdo en pagar la cantidad por cada sesión asignada por mi consejero/a. Por favor firme al final de esta forma.

___ Yo tengo seguro médico pero no deseo que los pagos vayan a mi seguro. **Yo entiendo que esto significa que yo soy responsable de pagar el costo total de \$95 y que no califico para un costo de descuento.** Por favor firme al final de esta forma

___ Yo tengo seguro médico. Por favor lea y complete toda la información de abajo.

POR FAVOR, TRAIGA SU TARJETA DEL SEGURO MEDICO PARA SU PRIMERA CITA.

Por favor llame a la compañía del seguro médico antes de su cita para verificar los siguientes puntos:

¿Cuál es mi copago médico para un especialista de salud mental?: \$ _____

¿He cumplido con mi deducible?: Si / No

Nombre de la compañía del seguro médico: _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Al firmar esta forma, yo doy autorización a mi seguro médico de hacer los pagos directamente a Caridades Católicas, quien es el proveedor asignado para los servicios que me proporciona dicho proveedor.

Al firmar esta forma, yo autorizo al proveedor asignado, Caridades Católicas, a dar cual información obtenida en el transcurso de mi tratamiento a la compañía de mi seguro médico, lo cual es necesario para el proceso del reclamo de mi seguro.

Firma del Cliente o Firma del Guardián Legal: _____

Escriba su nombre si es diferente al del cliente: _____

Fecha: _____

COUNSELOR USE: BE SURE TO GET A CLEAR COPY OF THE FRONT AND BACK OF INSURANCE CARD

Counselor name:

Date of first session: ____/____/____

ICD-10 Diagnosis code: