



## Acuerdo financiero 2023

Entiendo que soy total y directamente responsable ante el Northeast Youth & Family Services (NYFS) por el pago de los servicios prestados a mis dependientes o a mí mismo. NYFS acepta ayudarme a procesar mis reclamos de seguro por los servicios prestados. Si la compañía de seguros no paga, soy responsable del pago completo. Acepto entregar a NYFS cualquier pago de seguro que pueda recibir como resultado de los servicios prestados. Si mi compañía de seguros no paga dentro de los 60 días posteriores a la presentación del reclamo de NYFS, soy responsable del pago. Cualquier pago no cubierto por el seguro vence en el momento de la cita, a menos que se hagan arreglos con NYFS.

Entiendo que el pago de la cuenta vence cada mes. Si se proporciona una tarjeta de crédito de alguna cuenta de ahorro para la salud (Health Savings Accounts, HSA) para este propósito, toda la información está protegida de forma segura. El saldo pactado se cobrará aproximadamente el día 1 o 15 de cada mes. Se pueden hacer otros arreglos de pago acordados.

Entiendo que NYFS puede emplear el uso de una agencia de cobro o un tribunal de reclamos menores en cuentas que estén atrasadas por 90 días o alcancen \$500.00 sin arreglos de pago y pago, y todos los cargos legales y de presentación se agregarán a la cuenta del cliente.

### ***Tarifas de servicios clínicos***

Las tarifas acordadas para el año en curso se enumeran a continuación:

Psicólogo licenciado, trabajador social, terapeuta matrimonial y familiar, consejero profesional y aprendiz:

Cita de admisión \_\_\_\_\_ \$250.00

Terapia individual (16-37 min) \_\_\_\_\_ \$115.00

Terapia individual (38-52 min) \_\_\_\_\_ \$150.00

Terapia individual (53+ min) \_\_\_\_\_ \$214.00

Terapia familiar (con paciente) \_\_\_\_\_ \$170.00

Terapia familiar (sin paciente) \_\_\_\_\_ \$151.00

Sesión grupal \_\_\_\_\_ \$75.00

Servicios de psiquiatría

Admisión psiquiátrica \_\_\_\_\_ \$420.00

Seguimiento psiquiátrico (40 minutos) \_\_\_\_\_ \$250.00

Seguimiento psiquiátrico (25 minutos) \_\_\_\_\_ \$170.00

Mi copago por visita es de \$ \_\_\_\_\_ (o el saldo después del seguro)

***Asignación de beneficios***

Por la presente, autorizo el pago directo a Northeast Youth & Family Services de cualquier beneficio médico que de otro modo se me pagaría por los servicios prestados por un terapeuta o psiquiatra afiliado a Northeast Youth and Family Services.

***Divulgación de información médica***

Por la presente, autorizo a Northeast Youth & Family Services a divulgar mis registros a mi compañía de seguros con el fin de procesar mis reclamos de seguros. Esta autorización permanecerá vigente mientras se presenten cargos para el procesamiento de reclamos de seguros o mientras lo dicte el pagador.

***Información de contacto***

Northeast Youth & Family Services considera que su dirección de correo electrónico y otra información de contacto es confidencial y no la divulgará a entidades externas, incluida la comunicación por correo electrónico entre el cliente y el terapeuta. Usted es responsable de notificar a NYFS si su información demográfica cambia en cualquier momento durante su permanencia como cliente en NYFS.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra impresa

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación del representante

