

# Contrato de Discurso para Adultos



La documentación de admisión tardará aproximadamente entre 25 y 30 minutos en completarse. Complete todas las secciones antes de su primera cita. Gracias por ser parte de Speech For Success, PLLC.

*\* indica un campo obligatorio*

## Sesión

El seguro médico privado se facturará como mi principal medio de pago. Si se rechazan los reclamos como resultado de cambios/limitaciones en los beneficios de la cobertura del seguro, se cobrará la tarifa de pago privado de \$90 por sesión. Reconozco que soy responsable de comprender mi propio plan de seguro y los beneficios de terapia del habla/terapia ocupacional que proporciona (incluidas las limitaciones de beneficios, los beneficios máximos, los deducibles, el coseguro y los copagos).

Speech for Success, LLC no será responsable de interpretarme la información de beneficios. Speech for Success, LLC tampoco es responsable de la determinación de pago o rechazo por parte de mi compañía de seguros. La responsabilidad de Speech for Success, LLC es cobrar deducibles, copagos, coseguros pagos y/o el costo de reclamaciones denegadas. Soy responsable de estos pagos en el momento de mi visita. También es mi responsabilidad notificar a Speech for Success, LLC inmediatamente sobre cualquier cambio en mi plan de seguro médico. Si no se notifica a Speech for Success, LLC sobre los cambios en mi plan de seguro, puedo estar sujeto a cargos resultantes de reclamaciones denegadas.

**\* Si no puedo asistir a una sesión de terapia del habla/OT, acepto comunicarme con Speech for Success, LL/Clear Speech Inc. con al menos 24 horas de anticipación al (425) 405-0837 o por correo electrónico. Si no aviso con 24 horas de antelación por una sesión cancelada, entiendo que se cargará un cargo de \$90.00 a mi cuenta (con excepción de emergencias e inclemencias del tiempo).**

**Entiendo que no se puede facturar al seguro por este cargo por “no presentarse” y que el cargo no es negociable. Soy responsable de pagar los gastos de cancelación en mi próxima cita programada.**

**Notificaré a los propietarios en la próxima cita programada si necesito un plan de pago.**

---

*Por favor firme arriba*

Doy mi consentimiento para compartir la información proporcionada aquí.

Si el médico necesita cancelar su sesión debido a una enfermedad o emergencia, se lo notificaremos lo antes posible. Si es necesaria una cancelación por cualquier motivo que no sea una enfermedad (por ejemplo, conferencia, vacaciones, etc.), se le notificará con anticipación y haremos nuestro mejor esfuerzo para reprogramar su cita.

Nuestro personal le notificará con una llamada telefónica en caso de que debamos cancelar su sesión debido a condiciones climáticas inclementes (primero ofreceremos Telesalud). Si no está seguro de si Speech for Success, LLC/Clear Speech Inc. está abierto o no, llame a la oficina al (425) 405-0837. En ese momento, si no se siente cómodo viajando a nuestra clínica, podrá solicitar una sesión de telesalud. También puede seguir nuestra página comercial en Facebook para obtener actualizaciones sobre cierres debido al clima.

Entiendo que la asistencia constante juega un papel importante en el mantenimiento de mis habilidades o en la terapia y en la prevención de la regresión de mis habilidades. Como tal, acepto hacer mi mejor esfuerzo para asistir regularmente a las sesiones programadas. Entiendo que las sesiones están programadas para cada cliente el mismo día y hora cada semana. Solo aceptaré un horario si puedo asistir ese día/hora semanalmente. Entiendo que Speech for Success, LLC no ofrece citas cada dos semanas ni mensualmente.

Reconozco y acepto cada una de las siguientes políticas de asistencia:

- A los clientes que falten a tres (3) sesiones consecutivas (con excepción de enfermedades graves o emergencias) se les notificará que están en peligro de perder su cita y se la podrán otorgar a otra persona.
- Los clientes que falten a dos (2) sesiones consecutivas sin llamarnos con 24 horas de anticipación para cancelar las sesiones (con la excepción de enfermedades graves o emergencias) serán retirados de su cita y se les cobrarán tarifas de cancelación para esas sesiones.
- Los clientes que pierdan un total de tres (3) sesiones consecutivas o no consecutivas serán eliminados de su cita, pasarán a la lista de espera y se les cobrarán tarifas de cancelación para esas sesiones. Por favor notifíquenos con anticipación si planea irse de vacaciones y estará ausente por dos (2) semanas o más, para que podamos hacer esfuerzos para reprogramar sus citas.

Si llega tarde a una cita, la sesión deberá concluir a la hora habitual para permitir que el médico cumpla con el cronograma. Si el médico llega tarde por algún motivo, se le dará el tiempo completo de la sesión. Nuestro personal lamenta cualquier inconveniente en su agenda personal y haremos todo lo posible para mantener la puntualidad.

Teléfonos celulares: Por favor no tenga su teléfono celular afuera durante la sesión de terapia. Si desea tomar fotografías, solicite permiso a su terapeuta antes de tomarlas. No permitimos que se tomen secuencias de vídeo en teléfonos móviles personales. Gracias por respetar esta política.

## Cierres de vacaciones

La oficina estará cerrada durante los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día del Presidente
- Día Conmemorativo
- Cuatro de Julio
- Día laboral
- Acción de Gracias y el viernes siguiente.
- Nochebuena y Navidad

Si no está seguro de si estaremos abiertos o cerrados durante un día festivo en particular, llámenos o consulte nuestro sitio web para obtener más información.

Las siguientes razones son motivo de terminación inmediata de su contrato con el cliente:

- Incumplimiento de nuestra política de asistencia.
- No pagar una cuenta repetidamente. Recibirá una advertencia cuando haya un saldo pendiente en la cuenta con múltiples pagos adeudados. Si no recibimos su pago dentro de las 2 semanas posteriores a la recepción de esa advertencia, la terapia se suspenderá hasta que se realicen los pagos en su totalidad. Es posible que pierda su cita y que lo coloquen en una lista de espera en ese momento. La falta continua de pago resultará en la terminación de los servicios.
- Participar en comportamientos que violen la confianza, como retener información pertinente sobre el historial del caso o pedirnos que modifiquemos nuestros datos o diagnóstico. Si necesita finalizar la terapia por cualquier motivo, le solicitamos que nos notifique por escrito con un mínimo de dos (2) sesiones de anticipación. Esto nos permitirá tener tiempo suficiente para concluir la terapia y completar la consulta con usted. Se le proporcionará un formulario de terminación de terapia para que lo complete.

Speech for Success LLC, se reserva el derecho de cancelar o modificar este contrato, o cualquier parte del mismo sin negar el resto del contrato. Los clientes serán notificados, por escrito, de cualquier cambio o cancelación de este contrato.

**Los reembolsos solo se proporcionarán electrónicamente a través del Portal de práctica simple a la tarjeta de crédito de la cuenta registrada.**

# Ley Sin Sorpresas

Según la Sección 2799B-6 de la Ley de Servicios de Salud Pública, los proveedores de atención médica y los centros de atención médica deben proporcionar una estimación de buena fe de los cargos esperados por artículos y servicios a personas que no están inscritas en un plan o cobertura o en un programa federal de atención médica. programa, o no buscar presentar un reclamo ante su plan o cobertura tanto de forma oral como por escrito, previa solicitud o al momento de programar artículos y servicios de atención médica.

La Estimación de buena fe muestra los costos de artículos y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica para un artículo o servicio. El presupuesto se basa en información conocida en el momento en que se creó el presupuesto y no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento.

Si planea pagar los servicios de forma privada, recibirá un formulario adicional para la “Ley Sin Sorpresas”.

**Doy mi consentimiento para que se realice una reevaluación trimestral y/o anual para evaluar el progreso o la necesidad de modificar o cambiar mi plan de tratamiento.**

---

*Por favor firme arriba*

Doy mi consentimiento para compartir la información proporcionada aquí.

# Telesalud

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede desear que participe en Telesalud en algún momento debido a una enfermedad o necesidades de programación.
2. Mi proveedor de atención médica me explicó que la tecnología de videoconferencia que se utilizará no será la misma que una visita directa de cliente/proveedor de atención médica debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor.
3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene beneficios potenciales que incluyen un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirme desde un lugar de mi elección.
4. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la consulta/visita de telesalud si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Tuve una conversación directa con mi proveedor, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.

## CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR EL SERVICIO DE TELE SALUD POR SIMPLEPRACTICE

Telehealth by SimplePractice es el servicio tecnológico que utilizaremos para realizar citas de videoconferencia de telesalud. Es fácil de usar y no se requieren contraseñas para iniciar sesión. Al firmar este documento, reconozco:

1. Telesalud de SimplePractice NO es un servicio de emergencia y, en caso de una emergencia, utilizaré un teléfono para llamar al 911.
2. Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto directo y virtual a través del Servicio de Telesalud, ni SimplePractice ni el Servicio de Telesalud brindan ningún servicio o asesoramiento médico o de atención médica, incluidos, entre otros, servicios médicos de emergencia o urgencia.
3. El Servicio Telehealth by SimplePractice facilita las videoconferencias y no es responsable de la prestación de atención médica, asesoramiento o atención médica.
4. No asumo que mi proveedor tiene acceso a toda o parte de la información técnica del Servicio Telehealth by SimplePractice, o que dicha información es actual, precisa o está actualizada. No confiaré en que mi proveedor de atención médica tenga esta información en el Servicio de Telesalud de SimplePractice.
5. Para mantener la confidencialidad, no compartiré el enlace de mi cita de telesalud con nadie que no esté autorizado a asistir a la cita.

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o me han leído este formulario y/o me han explicado este formulario.
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento.
- Que se me ha brindado amplia oportunidad para hacer preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

---

*Por favor firme arriba*

Acepto que he leído, comprendido y acepto los elementos contenidos en este documento.

# Políticas Financieras

Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. La siguiente es una declaración de nuestras políticas financieras y de citas que requerimos que usted lea y firme antes de su tratamiento.

## Nuestra Responsabilidad

Facturarle de forma precisa y eficiente según los servicios prestados.  
Para ayudarle a resolver cualquier problema con el pago de reclamos.

## Tu Responsabilidad

Para pagar todos y cada uno de los servicios en efectivo al momento de la visita. Proporcionarnos información precisa para presentar sus reclamos correctamente, incluidas copias de su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con fotografía. Pagar su copago al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de crédito/débito y CareCredit. No se permiten cheques posfechados ni de terceros. Todos los cheques devueltos y NSF tendrán un cargo de \$35.00. Complete un formulario de autorización previa de tarjeta de crédito y presente una tarjeta de crédito, una tarjeta de ahorros para la salud o una tarjeta de gastos flexibles que se cifrarán para el pago automático de servicios en efectivo, copago restante, coseguro y saldos deducibles cuando vencen en su cuenta, según lo determine su plan de seguro o servicios de efectivo.

\*\* Speech For Success, PLLC/Clear Speech realiza el pago de todos los copagos/coseguros/deducibles dentro de las dos semanas posteriores a las citas o inmediatamente después de que el seguro finalice los reclamos.\*\*

## Política de Citas

Una cita programada es un compromiso de tiempo entre los terapeutas y el paciente. Hemos reservado tiempo solo para ti. Cuando las citas se pierden o se cancelan con poca antelación, se pierde ese tiempo. Cuando haya programado una cita, le solicitamos que haga todo lo posible para asistir a esa cita. Entendemos que surgen emergencias, pero nos reservamos el derecho de cobrar tarifas por no presentarse o por cancelación tardía por todas las citas perdidas o canceladas tarde.

En el caso de que se abra un lugar de sesión adicional durante la semana fuera de su horario habitual; ¿Qué ubicación de oficina preferirías? Un círculo.

Everett      Marysville      Mukilteo      Any

## Referencias / Autorizaciones

Algunos planes de seguro requieren que su proveedor de atención primaria obtenga un número de autorización de derivación de la compañía de seguros para que pueda vernos. Un requisito de remisión es el resultado de su contrato con su compañía de seguros, por lo que, en última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que se haya cumplido. Si su compañía de seguros niega el pago porque no se ha obtenido una derivación, usted será responsable del costo de la visita. Permitimos hasta 30 días para que el seguro reembolse los servicios. Si el seguro no paga dentro de los 30 días posteriores a la solicitud, deberá pagar el saldo restante hasta que su seguro haya cubierto todos los reclamos presentados. Colaboraremos con usted para obtener la referencia original. Usted es responsable de cualquier saldo clasificado como "Responsabilidad del paciente" por su compañía de seguros. Cualquier disputa con el procesamiento de reclamos es entre usted y su compañía de seguros.

## Arreglos de Pago

Pacientes en efectivo El pago vence en su totalidad al momento del servicio. Pacientes con seguro: una vez que su seguro procese su reclamo, su seguro le emitirá una copia de la EOB (Explicación de beneficios).

Speech For Success, LLC/Clear Speech, Inc cargará una factura del paciente por el saldo adeudado en función de su reclamo finalizado. En un esfuerzo por ser más conscientes del medio ambiente y respetuosos con el planeta, proporcionamos estados de cuenta electrónicos. Puede enviar un cheque por correo, pagar en persona, pagar en línea o permitir que el saldo se cargue a su tarjeta de crédito registrada. Las facturas se envían en un plazo de 24 horas. SFS/CS procesará el saldo adeudado según su tarjeta de crédito registrada. Si su tarjeta es rechazada o ha caducado, se enviará un segundo estado de cuenta. Las cuentas que no se pagan dentro de los 14 días posteriores al segundo estado de cuenta quedan vencidas y pueden incurrir en un cargo único de cobro de \$35.00.

La tarifa de cobro se aplicará a su cuenta. Todas las cuentas de más de 60 días sin un plan de pago aprobado están sujetas a acciones adicionales que pueden informarse a las agencias de crédito. Los saldos de cuentas vencidas deben liquidarse antes de programar o ser atendido para una cita posterior.

## Responsabilidad del paciente / Tutor / Padre

Los padres o tutores que acompañan a un menor son responsables de proporcionar información actualizada del seguro del menor, así como del pago de los servicios prestados. En la visita inicial puede firmar nuestro

Formulario de consentimiento para tratamiento de menores que nos permite brindar atención en las visitas de seguimiento sin la presencia de un padre o tutor. SFS/CS no factura a los padres ausentes los pagos adeudados al momento del servicio.

El adulto que presenta al menor para su cuidado es el responsable.

## **Servicios considerados no cubiertos por el seguro**

No se presenta tarde Cancelaciones fuera de la red: puede estar sujeto a deducibles más altos o a descuentos contractuales del proveedor FUERA DE LA RED\*Verifique su cobertura cuidadosamente y asegúrese de comprender sus respuestas. Es su responsabilidad determinar la elegibilidad para el reembolso.

## **Política de Cobranza**

Entiendo que se me cobrarán, y por la presente acepto pagar, todos los costos y gastos incurridos al cobrar las tarifas vencidas y los intereses permitidos por la ley, todo sin exención de las leyes de valoración y tasación. Todas las cuentas impagas, independientemente de su tamaño, se entregan a la Oficina de crédito de médicos y dentistas o se procesan en un tribunal de reclamos menores. Cheques devueltos y devoluciones de cargo: Todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo por cheque devuelto de \$75. Si el cheque es devuelto por cualquier motivo, tiene 7 días para comunicarse con la oficina y concertar otra forma de pago. Las devoluciones de cargos de tarjetas de crédito estarán sujetas a una tarifa administrativa de \$75, además de cualquier otra tarifa bancaria que se imponga. SFS/CS cuenta con una política de cobranza para cuentas morosas. Si no hemos podido obtener el pago total o mantener los acuerdos de pago programados con usted después de 120 días de intentos repetidos, la cuenta se entregará a nuestra agencia de cobranza y usted será despedido de la práctica. Los pacientes que son dados de alta de SFS/CS por falta de pago pueden solicitar que se envíe una copia de sus registros médicos al proveedor de atención médica de su elección para continuar con la atención.

## **Asignación**

Autorizo que mi compañía de seguros realice el pago directamente a Speech for Success, LLC / Clear Speech, Inc, y acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios no cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información de atención médica solicitada por mi compañía de seguros. Autorizo el uso de mi firma a continuación en todas mis presentaciones de seguro, ya sean manuales o electrónicas.

## **Autorización de Tarjeta de Credito**

Doy mi consentimiento para mantener una tarjeta de crédito archivada en Speech for Success, LLC / Clear Speech, Inc para utilizarla para todos los saldos impagos de los servicios prestados ahora y en el futuro. Autorizo a Speech for Success, LLC a cargar en mi tarjeta la totalidad de los saldos pendientes. Si se factura al seguro, los cargos solo se realizarán después de que la compañía de seguros haya adjudicado el reclamo. Se requiere una tarjeta de crédito de todos los pacientes que reciben servicios en Speech For Success, PLLC/ Clear Speech Inc. Se excluyen todas las personas con planes de seguro del estado de Washington. Entiendo que los pagos por cuenta propia y/o servicios no cubiertos vencen en el momento de la visita al consultorio y doy permiso para que estos cargos se coloquen en mi tarjeta de crédito registrada. Conozco la política de espectáculos tardíos y cancelaciones tardías y doy permiso para que estos cargos se apliquen a mi tarjeta de crédito registrada. Speech for Success requiere que todos los clientes mantengan una tarjeta de crédito registrada.

# Reconocimiento

Certifico que he leído las políticas financieras y de nombramientos de Speech For Success, LLC / Clear Speech, Inc y acepto cumplir con estas políticas.

---

*Por favor firme arriba*

Doy mi consentimiento para compartir la información proporcionada aquí.