



ACUERDO DE PAGO

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro: _____

Gracias por elegir Columbus Speech & Hearing como su proveedor de servicios. Somos una organización sin fines de lucro que presta sus servicios en el centro de Ohio desde 1923. El cliente o la parte responsable acepta toda la responsabilidad del pago.

Somos proveedor contratados de su SEGURO: _____

- Se espera que usted pague todos los deducibles, copagos, montos de coseguro y servicios no cubiertos en el momento del servicio. Enviaremos la factura a su seguro por todos los servicios cubiertos.
- Usted es responsable del pago completo, si no nos notifica inmediatamente sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro, si el reclamo se rechaza como un servicio no cubierto, como no es médicamente necesario o si no obtuvo una remisión/autorización como requerido por su compañía de seguros.

Coordinación de beneficios. Tenga en cuenta: que se **debe** notificar a Columbus Speech & Hearing sobre **todos** de los planes de seguro médico que tenga, incluso si el seguro no cubriese los servicios del habla. De no hacerlo, usted podría convertirse en responsable del pago.

Debemos ser notificados inmediatamente de cualquier cambio en su(s) plan(es) de seguro médico, ya que sus beneficios pueden verse afectados y la facturación se retrasará. Debe proporcionar una copia de todas las tarjetas de seguro médico nuevas o actualizadas para que se pueda facturar adecuadamente a su seguro por los servicios prestados.

Usted es responsable de obtener las referencias necesarias. Intentaremos obtener las autorizaciones requeridas, pero también podemos pedirle que se comunique con su compañía de seguros o médico para ayudar con este proceso.

Los proveedores de seguros solo pagarán los servicios de terapia del habla que consideren **“médicamente necesarios”**, como se describe en su política de necesidad médica. Columbus Speech & Hearing verificará la cobertura y presentará reclamos a su compañía de seguros. **Si su compañía de seguros determina que los servicios no se ajustan a sus criterios de “necesidad médica”, la compañía de seguros negará el pago de estos servicios. Entonces, usted será responsable de pagar estos cargos.**

Si una disposición en los contratos entre Columbus Speech & Hearing y ciertos proveedores de seguros participantes nos impide facturarle por servicios denegados por falta de necesidad médica estos proveedores de seguros pueden comunicarle esta disposición en su Explicación de Beneficios (EOB) indicando que su responsabilidad es \$0. Su firma a continuación anulará esta provisión.

He leído y entiendo las políticas de Columbus Speech & Hearing como se indica anteriormente. Entiendo que Columbus Speech & Hearing no puede garantizar el pago de los servicios por parte de los proveedores de seguros. Por lo tanto, si mi proveedor de seguros niega el pago, acepto ser totalmente responsable del pago.

Firma del cliente/padre/tutor: _____ Fecha: _____