

## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¡Child and Family Agency of Southeastern CT, Inc. (CFA) se compromete a hacer que el tratamiento sea un éxito! El pago es parte de ese proceso de tratamiento y nos permite tratar continuamente a las familias. Debido a los múltiples servicios que ofrecemos, el pago varía según los servicios que se brindan.

Por favor lea atentamente y acepte lo siguiente:

### *Responsabilidades Financieras*

- Acepto enviar información financiera precisa según lo solicitado, es decir, cobertura de terceros, Husky (Medicaid), Medicare e ingreso semanal bruto del hogar menos impuestos. Acepto proporcionar a CFA con otra documentación de ingresos según sea necesario.
- Acepto proporcionar a CFA una tarjeta de seguro comercial o de Husky en la primera visita.
- Acepto proporcionar a CFA un formulario de seguro médico firmado autorizando el pago directamente a la agencia a más tardar en la segunda visita y entiendo que soy responsable de cualquier pago que no se cumpla.
- Acepto pagar la tarifa del cliente en cada visita, y si no hago un pago, enviaré el pago en la siguiente sesión de terapia junto con la tarifa de esa sesión. Si no se realizan dos pagos seguidos, entiendo que se le puede pedir al cliente que re programe cualquier cita futura hasta que se reciba el pago. Entiendo que, si la cuenta del cliente tiene tres o más pagos atrasados, el servicio puede suspenderse hasta que la cuenta del cliente esté pagada en su totalidad. Si se encuentra en una crisis financiera, hay opciones de pago disponibles y nuestro Departamento de Facturación está dispuesto a trabajar con usted para resolver los saldos de pago.
- Acepto notificar a CFA de inmediato sobre cualquier cambio en mi estado financiero o de seguro o el del cliente que pueda o no afectar la tarifa.
- Entiendo que CFA tiene el derecho a solicitar una actualización de mi información de ingresos financieros o la del cliente y a solicitar la validación de dificultades antes de que se reduzca la tarifa del cliente.
- Acepto pagar la responsabilidad del cliente después de que el seguro realice el pago de los servicios. Entiendo que éste monto está sujeto a cambios según el deducible, copago y/o coseguro.
- Entendemos las dificultades financieras de muchos de nuestros clientes, y como tal, hemos desarrollado sistemas de pago alternativos para esos clientes.
- Entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de Facturación y con el proveedor de servicios del cliente si tengo preguntas y para opciones de pago. Puede comunicarse con el Departamento de Facturación al (860) 437-4550.

### *Servicios Ambulatorios y Servicios de Apoyo en el Hogar para Niños*

- Si el cliente tiene un seguro privado con un plan con deducible alto, se cobrará un cargo de \$150.00 al momento de la admisión y aproximadamente \$120 por sesión a partir de entonces hasta que se alcance el deducible. Una vez que se alcance el deducible, se aplicará un copago según el plan de seguro del cliente.
- Si el cliente tiene Tri-Care y se le asigna un proveedor (p.ej., terapeuta) sin licencia, no se le cobrará nada. Si su caso se reasigna a un proveedor con licencia, se establecerá un copago correspondiente en ese momento.
- Ofrecemos una tarifa de escala móvil basada en el ingreso total del hogar y la cantidad de miembros del hogar. Esta información se puede proporcionar en la admisión/registro o mediante solicitud a un Especialista en Atención al Cliente.
- CFA ofrece reducciones de tarifas para aquellos que no pueden pagar la tarifa completa en cada sesión, su copago establecido o la tarifa de escala móvil. Si necesita un ajuste de tarifa, solicítelo al Especialista en Atención al Cliente.

### *Centro de Salud Escolar*

- Los servicios del Centro de Salud Escolar no cobran costos de bolsillo, incluyendo copagos o deducibles. Sin embargo, facturamos a su(s) seguro(s) o al del cliente y por lo tanto es crucial que tengamos toda ésta información en la primera visita.

### *Programa de Servicios Ambulatorios para Adultos*

- El Programa de Servicios Ambulatorios para Adultos (AOT) no puede ajustar las tarifas; el costo total acordado en el momento de la admisión se debe pagar cada sesión.
- La tarifa para la admisión en AOT es de \$150 y las sesiones de terapia posteriores son de

### Acuerdo de Responsabilidad Financiera\*

- He leído y acepto las disposiciones aplicables anteriores. Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de los puntos anteriores podría resultar en la cancelación de los servicios.