



ACUERDO DE PAGO PARA EL CLIENTE

Nombre del cliente: _____ Número de I.D. _____

Fecha de preparación: _____ Por: _____

¿La documentación fue usada para verificar ingresos? _____

Para propósitos de calculo de tarifa de acuerdo a ingresos, el ingreso presentado se convierte (si es necesario) a lo siguiente:

Servicios de salud mental: Ingreso anual **Servicios en VRC:** Ingreso mensual **Servicios en CRP:** Ingreso anual

| Precios de SM: | | Código de tarifa de acuerdo a ingresos: | | | | | | Ausencias (Citas) | 20.00 |
|----------------|------------|---|----------|----------|--------|----------|---------|-------------------|--------|
| Crisis | Individual | Grupo | Rev | Rev | Apoyo | Caso | Cuidado | Tratamiento | Prueba |
| Adm / Eval | | | Med | Med | Comu | Objetivo | Médico | Psicosocial | Psico |
| | | | MD | RN | Psiqu | | | Grupo (CARE) | |
| (Hora) | (Hora) | (Sesión) | (Evento) | (Evento) | (Hora) | Manejo | (Hora) | (Hora) | (Hora) |
| 220.00 | 229.13 | 60.00 | 193.62 | 50.00 | 110.00 | 100.00 | 24.00 | 23.50 | 90.00 |

| Precios VRC: | | Código de tarifa de acuerdo a ingresos: | | | | Manejo | Externo | Stepping | Detox |
|--------------|---------|---|--------|-----------|----------|----------|---------|----------|----------|
| Tratamiento | Terapia | Externo | Manejo | Externo | Stepping | Detox | | | |
| Residencial | Grupo | Txmt | Caso | Intensivo | Stones | (Diario) | | | |
| (Diario) | (Hora) | (Hora) | (Hora) | (Diario) | (Diario) | (Diario) | | | (Diario) |
| 198.00 | 60.00 | 104.00 | 35.00 | 132.00 | 126.00 | 175.00 | | | |

| PreciosCRP: | | Código de tarifa de acuerdo a ingresos: | | | | | Ausencias (Citas) | 20.00 |
|-------------|------------|---|----------|----------|--------|----------|-------------------|--------------|
| Crisis | Individual | Grupo | Rev | Rev | Apoyo | Manejo | Cuidado | Tratamiento |
| Adm / Eval | | | Med | Med | Comu | Caso | Médico | Psicosocial |
| | | | MD | RN | Psiqu | Objetivo | | Grupo (CARE) |
| (Hora) | (Hora) | (Sesión) | (Evento) | (Evento) | (Hora) | (Hora) | (Hora) | (Hora) |
| 220.00 | 229.13 | 60.00 | 193.62 | 50.00 | 110.00 | 100.00 | 24.00 | 23.50 |

Para poder calificar para un descuento de acuerdo a sus ingresos, debe presentar documentación acerca de sus ingresos al hogar y prueba de residencia en Kansas. No se le negarán los servicios a nadie debido a su inhabilidad para pagar. No negaremos los servicios debido a que no se proporcione documentación de ingresos; sin embargo, se le cobrará la tarifa completa. VBHC le permite 30 días para presentar comprobante de ingresos. Por favor, note que algunos cargos se basan en una tarifa por hora mientras que otros se hacen a una tarifa diaria o por evento.

Esta tabla de tarifas de acuerdo a ingresos es utilizada después de que se ha cobrado y /o agotadas todas las fuentes terceras, incluyendo Medicare, Medicaid, Blue Cross y otras compañías de seguro comerciales. El pago de estas fuentes terceras se aplican a la cuota estándar. Usted será el responsable de cualquier porción que la compañía de seguro no pague (Para clientes de SM: Usted no tendrá que pagar más que la cantidad de la tarifa con descuento de acuerdo a ingresos que se basa al ingreso de su hogar, ajustado al número de dependientes).

La política financiera de Valeo Behavioral Health Care establece que el pago se espera al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, MasterCard, American Express, y Discover. Para ayudar a cubrir los costos de su tratamiento, usted podría solicitar que se le apliquen los beneficios de Medicaid. Su negativa a completar la solicitud de Medicaid dentro de 30 días de haberse solicitado, resultará en que se le cobren los servicios a tarifa completa.

Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable del pago total de los servicios prestados y si no puedo hacer el pago al momento del servicio, contactare al Departamento de Cuentas de Valeo Behavioral Health Care para hacer un convenio de pagos mensuales. He recibido una copia de la tabla de tarifas de acuerdo a ingresos de VBHC. Acepto las políticas financieras y estoy de acuerdo con pagar la tarifa de acuerdo a ingresos que se determina con base a mi situación financiera.

Iniciales del consumidor **Las citas que no se cancelen al menos con 24 horas de anticipación serán cobradas según la tarifa de acuerdo a ingresos, sin exceder los \$20.00.**

Iniciales del consumidor **Al colocar mis iniciales, verifico que no cuente con ingresos al hogar.**

ID Cliente _____
Nombre del cliente: _____