



The Northwest Catholic Counseling Center
 8383 N.E. Sandy Blvd., Suite 205
 Portland, Oregon 97220
 Phone: (503)253-0964

POLÍTICA DE PAGO

El principal interés de *Northwest Catholic Counseling Center* es brindarle una atención de calidad a un precio asequible. Para orientación psicológica, nuestra tarifa es de \$160.00 por la primera sesión y de \$140.00 por cada sesión subsiguiente. En caso de tener dificultades económicas, la tarifa puede ser negociada a un monto que usted pueda pagar cómodamente. Por esta razón, queremos clarificar las siguientes políticas con respecto a su pago.

Debe pagar su tarifa al momento de cada sesión. Si no realiza el pago en el momento de la sesión de orientación psicológica, su saldo no debe exceder los 30 días. Se cobran \$20.00 por cada cheque devuelto.

Como cortesía, haremos todo lo posible para cobrarle a su compañía de seguro médico. Usted es responsable de pagar su deducible, así como también cualquier saldo restante que su compañía de seguro médico no pague. Si se hace un sobrepago a su cuenta proveniente de un pago del seguro médico, su cuenta será acreditada.

Si no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se le cobrarán \$60.00 por inasistencia a la cita. No se le cobrarán al seguro médico las citas a las que usted no asista.

Acepto lo siguiente (seleccione todas las opciones que apliquen):

Pagos de la aseguradora (EAP, HMO, etc.):

Entiendo y acepto pagar \$_____ como mi copago por cada sesión. Los copagos se basan en los beneficios que usted reciba de su seguro médico.

Pago como particular: Sesión de orientación psicológica:

Acepto pagar \$_____ por la cita inicial. Esta es una tarifa única que se paga al momento del servicio.

Acepto pagar \$_____ por citas de seguimiento. Se paga al momento del servicio.

Pago de terceros (se excluye al seguro médico). Se ha dispuesto que:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Entiendo que, si nadie realiza el pago, yo me hago responsable de la factura.

HE LEÍDO ESTA POLÍTICA DE PAGO Y ACEPTO PAGAR LA TARIFA NEGOCIADA Y ESCRITA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE, INDEPENDIEMENTE DE LA COBERTURA DE MI SEGURO MÉDICO, O DEL PAGO DE TERCEROS, YO SOY EL RESPONSABLE DEL PAGO DE MI CUENTA.

Nombre escrito del cliente válido como firma

Fecha

Nombre escrito del padre / custodio legal válido como firma

Fecha