



THIRD PARTY PAYOR AGREEMENT

Yo, _____, he hecho arreglos con
(Nombre de la persona que acepta pagar por los servicios)

_____ para asistir con los pagos por servicios de terapia.
(Nombre del cliente)

Este es un acuerdo entre mi persona y el cliente. No es un acuerdo entre yo y Parent Arizona and Counseling Services, LLC. Me doy cuenta de que el cliente es el responsable último de pago por servicios. También me doy cuenta que el pago por los servicios no implica la divulgación de información confidencial, y que el cliente tiene que firmar un formulario de confidencialidad para que el terapeuta puede hablar abiertamente conmigo acerca de la terapia. Los terapeutas de Parent Arizona and Counseling Services, LLC. quiere hablar conmigo sobre el cliente, pero están obligados por ley a tener consentimiento del cliente antes de la comunicación.

Hemos convenido en lo siguiente disposición:

Sesión de 50 minutos (en la oficina) = \$ 90 Cliente: \$ _____ Terceros: \$ _____

Sesión de 80 minutos (en el hogar) = \$ 120 Cliente: \$ _____ Terceros: \$ _____

Paquete de 10 sesiones de terapia en la oficina * = \$ 800 Cliente: \$ _____ Terceros: \$ _____

Paquete de 10 sesiones de terapia en el hogar * = \$ 1100 Cliente: \$ _____ Terceros: \$ _____

Cita perdida ** = \$ 50 Cliente: \$ _____ Terceros: \$ _____

* La compra de un paquete de terapia de 10 sesiones disminuye el costo por sesión \$ 10.

** Cita perdida es cuando un cliente no se presenta a una cita o cuando un cliente no llama a cancelar o reprogramar la cita con al menos 24 horas de aviso.

Firme

Fecha

Por favor, enviar las facturas a la siguiente dirección de correo:

NOTA: Los clientes no podrán seguir recibiendo servicios de terapia, cuando las facturas no se pagan más de 30 días.
