



Gathered Connections Counseling

FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN DE COBRO

Todos los servicios profesionales prestados se facturan al paciente y son exigibles en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos de antemano con nuestra oficina comercial. Usted acepta completar y firmar cualquier formulario adicional necesario que pueda ser requerido por su aseguradora específica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación y ésta sea adjudicada.

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del Titular de la Póliza de Seguro _____

Relación con el cliente: yo mismo cónyuge padre

Seguro Primario _____

Seguro Secundario _____

Dirección

_____ Ciudad

_____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Póliza de Seguro Primaria # _____ Grupo # _____

Póliza de Seguro Secundaria # _____ Grupo # _____

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Cesión de Beneficios

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y de salud mental, incluyendo los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho. Por la presente, autorizo y dirijo a mi(s) aseguradora(s), incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud/mental, a emitir cheques de pago directamente a Gathered Connections Counseling, PLLC por los servicios de terapia prestados a mí y/o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

Autorización para liberar información

Por la presente autorizo a Gathered Connections Counseling, PLLC a:

1. Libere cualquier información necesaria para las compañías de seguros con respecto a mi terapia y sesiones. Entiendo que mi terapeuta puede estar obligado a divulgar cierta información a la compañía de seguros a su solicitud para obtener las autorizaciones necesarias y o procesar reclamos para el pago. Esta información puede incluir, entre otros, tipos de servicio, fechas de servicio, tiempos de servicio, diagnóstico, planes de tratamiento, progreso de la terapia y, a veces, notas de tratamiento y/o resúmenes. Autorizo la publicación de dicha información si es necesario, comprendiendo los límites de confidencialidad con respecto al uso de mis beneficios de seguro. También reconozco la recepción del asesoramiento de Gathered Connections Counseling, PLLC, el aviso de prácticas de privacidad.
2. Solicitar el pago de los beneficios del seguro se realizará directamente a asesoramiento de Gathered Connections Counseling, PLLC para los servicios prestados.
3. Si es necesario, presente una queja formal por escrito, si lo permite la ley, en mi nombre ante el Comisionado de Seguros del estado u otra agencia estatal apropiada, si el pago por los servicios no se recibe de manera oportuna.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

He solicitado servicios de terapia de Gathered Connections Counseling, PLLC en nombre de mí mismo y/o de mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, me convierto en el responsable financiero total de cualquier cargo incurrido durante el tratamiento autorizado. Además, entiendo que los honorarios son debidos y pagaderos en la fecha en que se prestan los servicios y aceptó pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración apropiada. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan válida como el original.

Firma del Cliente/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____ Fecha: _____

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC