

Acuerdo de pago de servicios profesionales

Solicito que Wright Wellness, LLC me brinde servicios profesionales y acepto pagar los honorarios (descritos en el folleto de Consentimiento Informado y una copia adjunta a este acuerdo) por estos servicios al final de cada sesión. Acepto que esta relación financiera con este proveedor continuará mientras el proveedor brinde servicios o hasta que le informe, en persona o por correo certificado, que deseo terminarla. Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para discutir mis inquietudes con este proveedor al menos una vez antes de interrumpir la terapia. Acepto pagar los servicios que se me brinden hasta el momento en que termine la relación profesional.

Entiendo que los saldos como copagos, deducibles, montos compartidos del seguro o cargos por citas se facturan el día hábil posterior a las citas y luego se procesan automáticamente a mi método de pago predeterminado durante la noche. Esta función se llama Pago automático y puede pausarse si necesito programar el pago para una fecha posterior o si uso un método de pago diferente. Si deseo pausar o cancelar el pago automático para hacer un arreglo de pago diferente, entiendo que debo comunicarme con Wright Wellness de inmediato. Si decido no participar en AutoPay, acepto realizar un pago después de cada sesión, a menos que discuta lo contrario con mi proveedor. Entiendo que aún debo agregar una tarjeta de crédito para que se mantenga en el archivo de forma segura, aunque elijo optar por no participar en AutoPay. Entiendo que puedo inscribirme automáticamente en AutoPay si olvido pagos hasta que solicite volver a optar por no participar o hacer otros arreglos de pago, o mis servicios con Wright Wellness pueden pausarse.

También acepto pagar y autorizo a Wright Wellness a cargar mi tarjeta de crédito/débito en su totalidad por cualquier aviso tardío/cargo por no presentarse o cualquier saldo que tenga 30 días de atraso en mi cuenta (incluidos copagos, deducibles, otros servicios profesionales o cualquier cantidad no cubierta por mi seguro) a menos que se haya discutido otro arreglo. Entiendo que los servicios pueden pausarse hasta que se realice el pago. Si programo pagos, entiendo que la cantidad acordada será procesada en o después de la fecha solicitada. Entiendo la importancia de la comunicación con Wright Wellness con respecto a mis pagos, y que puedo comunicarme con Wright Wellness si tengo preguntas generales sobre facturación, planes de pago o si solicito la exclusión del pago automático llamando o enviando un mensaje de texto a nuestro gerente de facturación al 682.226.6327 o enviando un correo electrónico billing@wrightwellness.me.

Estoy de acuerdo en que soy responsable en última instancia de los cargos por los servicios que me brinde este proveedor, aunque otras personas o compañías de seguros también pueden hacer pagos por mi tratamiento.

Nombre impreso como se muestra en la tarjeta de crédito / débito: _____

Dirección de facturación completa: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____ **CCV:** _____

fecha de caducidad: ____ / ____ **Firma del titular:** _____

Firma del paciente

Fecha