

## Formulario de Verificación de Pago- **POR FAVOR IMPRIMA**

Por favor, presente su tarjeta de seguro e identificación con foto a su terapeuta

### Plan de Seguro

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Su Seguro: \_\_\_\_\_ # de autorización EAP: \_\_\_\_\_

# de Teléfono de Dept de Salud Mental (atrás de su tarjeta): \_\_\_\_\_

# de identificación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Grupo: \_\_\_\_\_

### Pago en Efectivo:

Aceptamos pago en efectivo.

### Tarjeta de Crédito/Débito:

Aceptamos: Visa, Master Card, American Express, y Discover

# de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Código CVV: \_\_\_\_\_

Yo autorizo Holman Family Services LLC para cargar en mi tarjeta para cada cita programada. Las citas canceladas dentro de 48 horas no serán facturadas. Las citas no canceladas **antes** de 48 horas de su cita incurrirán en un fallo al cancelar la cuota de \$45. Usted puede cambiar o cancelar una cita por teléfono, o el texto al 469-844-5437.

Sesiones de Evaluación (primera sesión): \$200 Individual: \$120 Familia: \$150

Visitas domiciliarias: \$25 (adicional) Estudios para Orfanato/Adopción/Orden Judicial: \$1500

Co-pay de Seguro \_\_\_\_\_ Cantidad será verificada con su seguro.

Co-insurance de Seguro \_\_\_\_\_ Cantidad será verificada con su seguro.

### Cheque

Todos los cheques devueltos tendrán un cargo de \$45.

### Recibo

Texto al teléfono: \_\_\_\_\_ Compañía de Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Enviado por Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/ Padre/ Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha