

Date of AFR: _____ AFR Expires: (6 months later) _____
Client ID: _____ Entered in system?: Y N Employee Initials: _____

Asunción de responsabilidad financiera

Yo, _____ entiendo que Santa Barbara Behavioral Health (SBBH) no puede ser contratada como la compañía de seguros responsable por mi salud conductual, o, si es contratada, no puede recibir el pago completo de mi compañía de seguros. Si los servicios que recibo a través de SBBH no están cubiertos total o parcialmente por mi seguro, acepto la responsabilidad financiera por la tarifa completa de los mismos.

Entiendo que seré responsable del pago completo de los cargos privados si no tengo en efecto ninguna cobertura de seguro con el plan contratado con SBBH en el momento que recibo los servicios de SBBH.

Si mi compañía de seguros es contratada con SBBH, entiendo que seré responsable de pagar cualquier copago, coaseguro o deducible según los requisitos de mi plan y los que han contratado con SBBH.

Por la presente, autorizo a Santa Barbara Behavioral Health a realizar cargos en mi tarjeta de crédito por cualquier servicio no cubierto, y, entiendo que SBBH me reembolsará posteriormente cualquier pago recibido por SBBH desde cualquier pagador tercero.

Nombre del paciente _____ Nombre del proveedor _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Los ultimo cuatro numeros de su tarjeta de credito: _____

Número Telefónico: _____

Firma Autorizada del Tarjetahabiente: _____

Fecha: _____

Tipo de Tarjeta (Encierre en un círculo): Visa MasterCard Discover

Número de Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito: _____

Código postal: _____