CENTRO DE CONSEJERÍA DE LA SAGRADA FAMILIA
4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

James Grebe
LCSW

Estimado de **Buena Fe para Servicios de Atención Médica**

Información del Paciente

Fecha: _____Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

Teléfono preferido para contactarlo: Celular: _____Hogar: _____

Correo electrónico: _____

Diagnóstico del Paciente

Servicio primario solicitado/programado: Consulte adjunto la lista de servicios y tarifas.

Diagnóstico primario del paciente**:** Z65.9 o _____**Código de diagnóstico secundario:** N / A

Si está programado, escriba la fecha en que se proporcionará el servicio principal:

_____

_____Marque aquí si este servicio aún no se ha programado.

Fecha de estimado de Buena Fe: ___/____/___

Resumen de los Cargos Estimados: Consulte el estimado detallado adjunto para más detalles.

Holy Family Counseling Center y sus terapeutas, consejeros y trabajadores sociales se consideran proveedores "fuera de la red" y no están incluidos en ningún panel con ninguna compañía de seguros.

La siguiente es una lista detallada de los cargos estimados para psicoterapia/asesoramiento ambulatorio. Los costos estimados son válidos por 12 meses a partir de la fecha del Estimado de Buena Fe.

Estimado para psicoterapia/asesoramiento ambulatorio
Holy Family Counseling Center
4411 Suwanee Dam Road, Suite 720
Suwanee, Ga 30024
Número de Identificación Fiscal: 27-0997764

Proveedor:
James Grebe, LCSW
678-993-8494
info@holyfamilycounselingcenter.com
Identificación Nacional del Proveedor: 1265108906

Por favor, verifique la(s) ubicación(es) donde el cliente espera recibir psicoterapia/asesoramiento ambulatorio.
_____ Oficina de Sandy Springs: Iglesia Católica Holy Spirit Catholic Church, 4465 Northside Drive NW, Atlanta, Ga 30327
_____ Oficina de Marietta: Transfiguration Catholic Church, 1815 Blackwell Road, Marietta, GA 30066
_____ Oficina de Marietta: Holy Family Catholic Church, 3401 Lower Roswell Road, Marietta, GA 30068
_____Oficina de Marietta: 707 Whitlock Ave, Bldg. E18, Marietta, GA 30064
_____Oficina de Alpharetta: St. Thomas Aquinas Catholic Church, 535 Rucker Rd., Alpharetta, GA 30004
_____ Telesalud

Servicio prestado: Psicoterapia / asesoramiento ambulatorio

Código de Diagnóstico: Z65.9 - Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas.

Código CPT de Servicio: 90889 o 90837. *(Por favor circule el que corresponda).*

Cantidad de Sesiones: Su terapeuta colaborará con usted durante todo su tratamiento para determinar cuántas sesiones y/o servicios puede necesitar para recibir el mayor beneficio en función de su(s) diagnóstico(s) o de la presentación de inquietudes clínicas.

Costo Estimado: Este estimado de Buena Fe explica la tarifa de su terapeuta por cada servicio prestado. Tenga en cuenta que el costo estimado se basa en la tarifa multiplicada por el número de sesiones necesarias, según lo determinado en colaboración con su terapeuta.

El total de cargos estimados de Holy Family Counseling Center se determinará como anteriormente indicado.

Notas adicionales del centro/proveedor de Atención Médica:
El terapeuta y el paciente han acordado que una tarifa ajustada de $_____para que el código CPT 90837 comienza en _____y será reevaluada en _____. *Inicial de paciente y terapeuta aquí*
_____/_____.

CENTRO DE CONSEJERÍA DE LA SAGRADA FAMILIA
4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

James Grebe
LCSW

Estimado de Buena Fe - Tabla de Servicios y Tarifas

Nombre del Paciente: _____

Código de Servicio (Código CPT)	Descripción	Tarifa por servicio (El número de sesiones se determinará a medida que avancemos con la terapia)
90889	Entrevista Inicial	US$ 150
90832	Psicoterapia Ambulatoria Individual, aproximadamente 30 minutos	US$ 75
90834	Psicoterapia Ambulatoria Individual, aproximadamente 45 minutos	US$ 150
90837	Psicoterapia Ambulatoria Individual, aproximadamente 50-60 minutos.	US$ 150
90846	Psicoterapia Familiar sin Paciente Presente, aproximadamente 50-60 minutos.	US$ 150
90847	Psicoterapia Familiar con Paciente Presente, aproximadamente 50-60 minutos	US$ 150
90853	Psicoterapia de Grupo - por persona	US$ 40
90832-95	Telesalud Mental – aprox. 30 minutos	US$ 75
90834-95	Telesalud Mental – aprox. 45 minutos	US$ 150
90837-95	Telesalud Mental – aprox. 50-60 minutos	US$ 150
Tarifa de cancelación	Su terapeuta requiere una notificación de cancelación de 24 horas antes de su cita si no puede asistir a su cita. Usted es responsable de la tarifa de la cita perdida.	US$ 150
Reproduc-ción de Registros	HFCC sigue las pautas estatales para los costos de reproducción de registros. Estos se pueden encontrar en el Código no anotado de la Asamblea General de Georgia §31-33-3.	Tarifa de búsqueda $25.88 Páginas 1-20 $0.97 por página. Páginas 21-100 $0.83 por página.
Comisión Bancaria	Cargo por cheque devuelto	US$ 25
tarifa de servicio	Cargo por servicio de tarjeta de crédito: cobrado por cada transacción. Este cargo por servicio puede aumentar en cualquier transacción con tarjeta de crédito superior a $155.	US$5

CENTRO DE CONSEJERÍA DE LA SAGRADA FAMILIA
4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

James Grebe
LCSW

Estimado Total: Este Estimado de Buena Fe explica la tarifa de su terapeuta por cada servicio prestado. Su terapeuta colaborará con usted durante todo su tratamiento para determinar cuántas sesiones y/o servicios puede necesitar para recibir el mayor beneficio basado en su(s) diagnóstico(s)/presentación de inquietudes clínicas.

Tenga en cuenta que nuestros servicios no incluyen comparecencias en la corte. Si somos citados por cualquier motivo, se evaluará una tarifa especial para estos servicios y se proporcionará uno nuevo Estimado de Buena Fe para ese servicio.

Descargo de Responsabilidad:
Este Estimado de Buena Fe muestra los costos de los artículos y servicios que se creen razonables para sus necesidades de atención médica por un artículo o servicio. La estimación se basa en información conocida en el momento en que se creó el estimado. El Estimado de Buena Fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Se le podría cobrar más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura.

Si se le factura por $400 o más que este Estimado de Buena Fe, usted tiene derecho a disputar la factura.

Puede comunicarse con el proveedor de atención médica o el centro indicado para informarles que los cargos facturados son más altos que el Estimado de Buena Fe. Puede pedirles que renueven la factura para que coincida con el Estimado de Buena Fe, pedir negociar la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible. También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Si elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe comenzar el proceso de disputa dentro de los 120 días calendario (aproximadamente 4 meses) de la fecha en la factura original.

Hay una tarifa de $25 para usar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, usted tendrá que pagar el precio del Estimado de Buena Fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor de atención médica o el centro, usted tendrá que pagar la cantidad más alta.

Para obtener más información y obtener un formulario para iniciar el proceso, visite www.cms.gov/nosurprises. Para preguntas o más información sobre su derecho a un Estimado de Buena Fe o el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al (800) 368-1019.

Guarde una copia de este Estimado de Buena Fe que le hemos proporcionado en un lugar seguro y/o tómele una foto. Es posible que lo necesite si se le factura una cantidad más alta.

Este Estimado de Buena Fe no es un contrato y no requiere que la persona sin seguro o que paga por sí misma obtenga los artículos y servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificadas en este Estimado de Buena Fe.

Su firma a continuación indica que su proveedor (o representante del proveedor) ha revisado este Estimado de Buena Fe con usted y ha discutido cualquier pregunta o inquietud. Gracias.

_____o_____
Firma del Paciente | Firma del Tutor/Representante Autorizado

_____o_____
Nombre del Paciente en letra de molde | Nombre del Tutor/Representante Autorizado en letra de molde

_____
Fecha y Hora de la Firma