

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Doy mi consentimiento para las sesiones de terapia para salud mental de telemedicina con mi consejero _____ de Meier Clinics.

Si el consejero que estoy viendo es un proveedor aprobado a través de mi compañía de seguros, Meier Clinics se comunicarán con ellos para ver si la telemedicina está cubierta y me ha aconsejado que haga lo mismo. Entiendo, sin embargo, que una cotización de beneficios no es garantía de pago y acepta pagar por todos los cargos en su totalidad por servicios de telemedicina no cubiertos por mi seguro.

Acepto pagar los servicios de telemedicina en el momento del servicio mediante tarjeta de crédito. Completando el formulario a continuación, autorizo a las clínicas Meier a procesar el pago de los servicios de telemedicina en el momento de servicio, así como cualquier saldo adeudado por servicios de telemedicina previous que mi seguro se niega a cubrir.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CREDITO

Autorizo a Meier Clinics® a mantener mi firma en el archivo y a cargar mi tarjeta de crédito en el fecha de servicio para las sesiones de Telemedicina proporcionadas.

Nombre del titular de la tarjeta: _____
(EXACTAMENTE COMO APARECE EN LA TARJETA DE CRÉDITO)

Dirección de envió: _____

Código postal _____

Número de tarjeta: _____ Código CVV: _____

Fecha de caducidad: _____ / _____

Marque uno: MasterCard Visa American Express Discover

Este acuerdo de pago no excederá los \$ _____. _____ por sección.

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____