



Honorarios y Responsabilidad por los Pagos

Gracias por elegir a Voz Speech Therapy, LLC como su proveedor de terapia del habla! Al firmar esta forma, la persona responsable por el paciente acepta total y completa responsabilidad por el pago puntual de todos los servicios profesionales prestados a la hora de la terapia por Voz Speech Therapy, LLC.

Evaluación comprensiva de lenguaje (incluye reporte escrito).....	\$450.00
Evaluación de articulación/tartamudez (incluyen reporte escrito).....	\$350.00
Programa completo de Thumbs Up!.....	\$400.00
Evaluación de desorden miofuncional orofacial.....	\$200.00
Reevaluación.....	\$200.00
Sesión de terapia.....	\$120.00/hra
Sesión de terapia de desorden miofuncional orofacial.....	\$150.00/hra
Sesión de terapia en VA.....	\$130.00/hra
Consulta (Detecciones Preventivas, Metas Terapéuticas Potenciales).....	\$120.00/hra
Reporte de progreso/Resumen para seguro medico.....	\$60.00/hra

*Se incluye en las evaluaciones: pruebas estandarizadas, puntajes, interpretación y diagnóstico, reportes escritos con metas para la terapia y consultas con los maestros y/o familiares.

- Todos los honorarios se deben de pagar a la hora de la sesión de terapia de ese respectivo día. Si gusta, se le entregara la factura a la persona responsable del paciente explicando el número de sesiones con los respectivos codigos diagnosticos de terapia en forma de "super bill" completadas ese mes.
- Los pagos se pueden hacer en efectivo, cheque personal o usando el sistema electronico de Client Portal en la pagina <https://vozspeechtherapy.clientsecure.me> Favor de hacer los cheques a nombre de Voz Speech Therapy, LLC, e incluir su numero de identificación.
- Tiene hasta 30 dias despues de la session para cumplir con su pago o un recargo de \$25.00 por cada día que se demora en pagar sera cobrado a su cuenta.
- Desafortunadamente, Voz Speech Therapy, LLC no acepta seguro de salud en este momento. Es su responsabilidad de guardar todas las notas de tratamiento, evaluaciones, informes de progreso, facturas y planes de tratamiento para entregar a su compañía de seguro.

Firma

Fecha