



PEDIATRIC SPEECH THERAPY

Honorarios y Responsabilidad por los Pagos

Gracias por elegir a Voz Speech Therapy 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. Favor de leer Formulario de Informacion del Seguro.

Evaluación comprensiva de lenguaje (incluye reporte escrito).....	\$475.00
Evaluación de articulación/tartamudez (incluyen reporte escrito).....	\$375.00
Programa completo de Thumbs Up!.....	\$400.00
Evaluación de desorden miofuncional orofacial.....	\$375.00
Reevaluación.....	\$250.00
Sesión de terapia.....	\$150.00
Sesión de terapia de desorden miofuncional orofacial.....	\$150.00
Consulta (Detecciones Preventivas, Metas Terapéuticas Potenciales).....	\$120.00/hra
Reporte de progreso/Resumen para seguro medico.....	\$80.00/hra

- Todos los honorarios se deben de pagar a la hora de la sesión de terapia (si no esta usando su seguro) de ese respectivo dia. 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, tarjeta, 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, e incluir su numero de identificación.
- 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