



More MH Counseling
Make More Happen

Acuerdo de cuota de Tratamiento

Fecha: _____

Información del cliente:

Nombre: _____

Edad - Fecha de Nacimiento: _____

Seguridad Social #: _____

Licencia de conducir #: _____

Género: _____ Masculino _____ Hembra _____

Beneficiario responsable:

Nombre: _____

Edad - Fecha de Nacimiento: _____

Licencia de conducir #: _____

Género Masculino Femenino _____

Contacto:

Teléfono: _____

Un correo electrónico si desea recibo electrónico enviado por correo-e: _____

Matrícula: Tratamiento revisar la Política Tratado, para revisar las tarifas asociadas con tasas finales perdidas.

Dentro de la oficina (45 min): _____

Co-pay: _____

Teléfono: _____

Cartas de Tratamiento: _____

Consentimiento

Yo _____, el consentimiento para el tratamiento con Más MH Consejería LLC y / o de acuerdo en ser responsable del beneficiario. Estoy de acuerdo con la cuota establecida de arriba y estoy totalmente y el único responsable de toda la tarifa de reembolso del seguro y sin. Estoy de acuerdo en que la tarjeta de crédito en el archivo se cargará en todas las sesiones asistido y que se me cobrará por cualquier y todos los cargos por inasistencia a las citas o tarifas adicionales evaluados. He / hemos leído y acepto todos los aspectos del Acuerdo de Consentimiento y Políticas y Procedimientos informado y entiendo que este acuerdo es una extensión.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el ahorro de tarjeta de crédito registrada, nombre tal como aparece en la tarjeta: _____

Número de tarjeta de crédito: _____ Caducidad (MM / AA): _____

CSC: _____ Código postal: _____