

CONSENT TO BEHAVIORAL HEALTH TREATMENT AND PRACTICE POLICIES

Before you begin your discussion with a Behavioral Health (BH) professional, it is important you read and understand the following consent to Behavioral Health Treatment and Practice Policies (“Consent to Treatment”).

IF THIS IS AN EMERGENCY OR CRISIS SITUATION, DIAL 9-1-1 OR 9-8-8 IMMEDIATELY

By clicking “Accept” you understand and agree to the following:

You understand the nature of the tele-behavioral health services (the “Services”) you or your minor child will be receiving from *Arcadian Telepsychiatry Florida, PA, Arcadian Telepsychiatry of California, PC, Arcadian Telepsychiatry PC, a Pennsylvania professional corporation, Arcadian Telepsychiatry, PA, a Texas professional corporation, Arcadian Telepsychiatry New Jersey, PC, Arcadian Telepsychiatry Delaware, PA and/or Arcadian Telepsychiatry Kanas, PA* (hereinafter referred to as “Telemetrynd”) and its health care providers (each a “Provider,” and collectively, the “Providers”);

- **You voluntarily agree to receive the Services for yourself, or you are agreeing for or on behalf of your minor child, and you authorize *Telemetrynd* to provide the Services.**
- **If you are agreeing to this Consent for Treatment for or on behalf of your minor child, you agree to actively participate in the planning of your child’s care; and**
- **You understand that you have the option of discontinuing your treatment with Telemetrynd at any time.**

Insurance & Costs

Insurance:

We ask that you provide us with correct insurance information at the time of your appointment, and inform us of any changes, so we can file a claim and collect payment in a timely manner. All insurance payments are allocated in accordance with network participation and state law. We may be able to provide you with an approximation of your out-of-pocket cost for services by our Providers, however, it is your responsibility to verify your medical benefit coverage. You are responsible for the cost of co-pays, deductibles, any outside testing your Provider may recommend, which can include, but is not limited to, bloodwork, genetic testing, and sleep studies, as well as any other portion of the Services not paid by your insurance company.

Co-Pays:

You are expected to enter payment information into the patient portal prior to your initial appointment. We accept all major credit/debit cards. If you have a co-pay, you will be charged once your Provider has signed the completed session note.

Paying Out of Pocket:

You may pay directly for the Services if you do not have insurance coverage. Please call 866-991-2103 for self-pay rates.

Outstanding Balances:

For any outstanding balances, if your balance is not paid after three attempts to collect payment, we have the right to send your account to a collection agency.

For Employee Assistance Program (EAP) Clients Only:

There are no charges to you for using your EAP services. Please be aware that EAP only covers a specific number of authorized sessions. After your authorized sessions expire, if you continue counseling, we encourage you to make sure you know whether or not the EAP counselor is in your health plan’s provider network and whether there will be any charges that might apply. Similarly, there may be charges should you be referred by Telemetrynd and choose to utilize outside health providers. If an outside referral is made, it is your responsibility to verify your medical benefit coverage as you are responsible for the cost of services. There may be charges should you be referred to and choose to utilize health providers

outside of Telemetrynd. If an outside referral is made, it is your responsibility to verify your medical benefit coverage as the cost of services is your responsibility.

Clinician Testimony and Other Associated Costs:

Clinician testimony and the associated costs are not an item or service covered by your health plan. Thus, if a clinician is asked or subpoenaed to appear in court, you may be charged for their time and travel costs.

No Show Policy

Late Cancellation and No Shows. When appointments are cancelled at the last minute (“Late Cancellation”) or not cancelled at all (“No Show”), it prevents other patients from obtaining needed services. Telemetrynd requires at least twenty-four (24) hours’ notice directly to your Provider when cancelling an appointment. Notice of cancellation can be provided to your Provider by email or phone call. You are also able to contact Telemetrynd’s booking team at (866) 991-2103 to have your appointment rescheduled. Telemetrynd’s policy is that if you are more than fifteen (15) minutes late to your appointment, your Provider will treat this as Late Cancellation or No Show and you may be subject to the cancellation fees described below.

Late Cancellation and No-Show Fees.

- **NOT SHOWING UP FOR YOUR APPOINTMENT, OR NOT CANCELLING WITHIN 24 HOURS' MAY RESULT IN A CANCELLATION FEE OF \$100.**
- **SATURDAY AND SUNDAY APPOINTMENTS REQUIRE A 48 HOUR CANCELLATION NOTICE.**
- **Please note the following:**
 - Your insurance company will not pay for Late Cancellations or No Shows, so you may be responsible for any fees associated with either a Late Cancellation or No Show.
 - The only time a No Show or Late Cancellation is excused is in the event of serious illness, hospitalization, or an unexpected emergency.
 - If you have a Late Cancellation or No Show for two or more scheduled appointments within a three-month time period, your Provider reserves the right to terminate the therapeutic relationship. Your Provider will work with you to provide appropriate referrals to other practices in the event that your Provider terminates the relationship.
 - If you are receiving medication management services and have two consecutive Late Cancellations or No Shows in a row, your Provider may not be able to refill any prescriptions without you first attending a check in appointment with your primary care provider to assess for any new medical concerns that may impact your medication management.

Your Legal Rights to Confidentiality

Please refer to our HIPAA Notice of Privacy Practices.

*If you are an active-duty service member serving in the United States Military or veteran of the armed forces referred to us by the VA, your primary care manager (PCM), Military Treatment Facility (MTF) or referring VA Medical Center can request your records, which *will be made available to them per* 45 CFR part 164, DoD 6025.18-R and the written requirements of Humana Military, Healthnet Federal Services and The Veterans Administration.

Safety and Behavior Expectations

Drug and Alcohol Use. You and your Provider have the right to expect your interactions will occur while all parties are not under the influence of any substance (prescribed, over-the-counter, unprescribed, legal, recreational, or illegal). If either party presents in the session to be under the influence, the session should be terminated, and an email should be sent to incidents@telemetrynd.com for further review. Providers recognize that substance use can be a factor in treatment, and when this is the case, a plan will be developed with you to address this aspect of the work within the safety planning discussion.

Session Environment and Driving. Telemynd follows its Privacy Policy, the Telemynd’s Notice of Privacy Practices and HIPAA’s rules and regulations before, during, and after your sessions. A copy of Telemynd’s Notice of Privacy Practices can be found on the footer of our website located at www.telemetrynd.com. You should attempt to the best of your ability to have a safe and quiet space for your sessions. This includes trying to ensure that no third parties are present or any other factors that may distract you from providing your full attention to the Provider. Both the Provider and your cameras should be at the same eye level with both of your faces clearly visible for the best quality communication. Neither Provider nor you should be using a phone while in session unless in the event of an emergency. Additionally, no participant should be actively driving during the session, due to safety for yourself and other on the road, as well applicable laws regarding distracted driving.

No Disruptive or Discriminatory Conduct. Telemynd expects all interactions between Telemynd and patients to be based on mutual respect and to foster a trusting and collaborative relationship between patients, providers, and all Telemynd staff. As such, Telemynd has a zero tolerance policy with respect to patients that are disruptive, disrespectful, or discriminatory. If such behavior occurs, your services may be terminated.

Emergency Communications

Our Services are not for medical emergencies or urgent situations. You should not disregard or delay seeking medical advice based on anything that appears or does not appear on our Services. **If you believe you are experiencing an emergency, call 9-1-1 or 9-8-8 (Mental Health) immediately.**

If at any time during the Services, you begin or are experiencing or having suicidal or homicidal thoughts, actively experiencing psychotic symptoms, or experiencing a medical or mental health crisis that cannot be resolved remotely, it may be determined by your Provider that the Services are not appropriate, and a higher level of care is required. Your Provider may instruct you to seek those services, or, in the event of an emergency, your Provider may need to contact outside emergency services and/or your identified emergency contact.

Quality Assurance

Telemynd strives to provide you quality service. We may follow up with you after your appointment to ensure your satisfaction with the services rendered. If you have any comments or concerns, please contact Telemynd at (866) 991-2103 or email us at support@telemetrynd.com.

Appointment Reminders

We use email, text and phone call reminders for your appointments. You may request your BH provider or Telemynd customer service to change these preferences at any time.

Acknowledgement of Consent, Understanding of Patient Expectations and Terms of Use

By signing below, I confirm and acknowledge that I have read and understand the above Consent to Behavioral Health Treatment, Practice Policies and the Company Terms of Use located at

<https://www.telemetrynd.com/terms-of-use>

Further, I confirm I am the client/patient or authorized to sign on the client/patient’s behalf.

CLIENT/PATIENT NAME/SIGNATURE: _____

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____

(If client is under the age of 18)

NATURE OF RELATIONSHIP TO CLIENT: _____

DATE: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y POLÍTICAS POLÍTICAS SOBRE LA PRÁCTICA

Antes de iniciar su conversación con un profesional de la salud mental ("BH"), es importante que lea y entienda el siguiente consentimiento para el tratamiento de la salud mental y las políticas sobre la práctica ("Consentimiento para el tratamiento").

SI SE TRATA DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA O CRISIS, MARQUE INMEDIATAMENTE EL 9-1-1 O EL 9-8-8

Al hacer clic en "Aceptar" usted entiende y acepta lo siguiente:

Entiende la naturaleza de los servicios de salud tele-conductual (los "Servicios") que usted o su hijo menor de edad recibirán de *Arcadian Telepsychiatry Florida, PA, Arcadian Telepsychiatry of California, PC, Arcadian Telepsychiatry PC, una corporación profesional de Pensilvania, Arcadian Telepsychiatry, PA, una corporación profesional de Texas, Arcadian Telepsychiatry New Jersey, PC, Arcadian Telepsychiatry Delaware, PA y/o Arcadian Telepsychiatry Kanas, PA* (en adelante denominadas "Telemetrynd") y sus proveedores de atención médica (individualmente el "Proveedor," y colectivamente, los "Proveedores");

- **Usted acepta voluntariamente recibir los Servicios para sí mismo, o está aceptando hacerlo para o en nombre de su hijo menor de edad, y autoriza a *Telemetrynd* prestar los Servicios.**

Si está aceptando este consentimiento para el tratamiento para su hijo menor de edad o en su nombre, acepta participar activamente en la planificación de los cuidados de su hijo; y

- **Usted entiende que tiene la opción de interrumpir el tratamiento que recibe de *Telemetrynd* en cualquier momento.**

Seguros y costos

Seguro:

Le rogamos que nos facilite la información correcta sobre su seguro en el momento de su cita, y que nos informe sobre cualquier cambio, para que podamos presentar una reclamación y cobrar el pago oportunamente. Todos los pagos del seguro se asignan de acuerdo con la participación en la red y la ley estatal. Es posible que podamos proporcionarle un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo por los servicios prestados por nuestros proveedores, sin embargo, usted tiene la responsabilidad de comprobar la cobertura de sus beneficios médicos. Usted será responsable del costo de los copagos, deducibles, y de cualquier prueba externa que le recomiende su Proveedor, entre las que se pueden incluir, a título enunciativo pero no limitativo, análisis de sangre, pruebas genéticas y estudios del sueño, así como de cualquier otra porción de los Servicios que no pague su compañía de seguros.

Copagos:

Es su obligación registrar la información de pago en el portal del paciente antes de su cita inicial. Aceptamos las principales tarjetas de crédito/débito. Si debe abonar un copago, se le cobrará una vez que su proveedor haya firmado la nota de sesión completa.

Pago de su bolsillo:

Usted puede pagar directamente por los Servicios si no tiene cobertura de seguro. Llame al 866-991-2103 para consultar las tarifas de autopago.

Saldos pendientes:

Respecto a los saldos pendientes, si su saldo no se hace efectivo después de tres intentos de cobro, nos reservamos el derecho de enviar su cuenta a una agencia de cobros.

Solo para clientes del Programa de Asistencia al Empleado (EAP):

No se le cobrará nada por utilizar los servicios del EAP. Tenga en cuenta que el EAP únicamente cubre un número determinado de sesiones autorizadas. Una vez finalizadas sus sesiones autorizadas, si continúa recibiendo los servicios de consejería, le recomendamos que se asegure de saber si el consejero del EAP pertenece o no a la red de proveedores de su plan de salud y si se le aplicará algún cargo. Del mismo modo, es posible que se apliquen cargos en caso de que sea remitido por Telemetrynd y decida recurrir a profesionales de la salud externos. Si se hiciera una remisión externa, usted tiene la responsabilidad de comprobar su cobertura de beneficios médicos, ya que usted debe asumir el costo de los servicios. En el caso de que sea remitido y decida utilizar proveedores de salud externos a Telemetrynd, es posible que se le apliquen cargos. Si se hiciera una remisión externa, usted tiene la responsabilidad de comprobar su cobertura de beneficios médicos, ya que usted debe asumir el costo de los servicios.

Testimonio del profesional médico y otros costos relacionados:

El testimonio del profesional médico y los costos relacionados no son un elemento o servicio cubierto por su plan de salud. Por lo tanto, si se pide o se cita a un profesional médico para que comparezca ante un tribunal, es posible que se le cobren el tiempo y los gastos de desplazamiento.

Política de no presentación

Cancelación a última hora y no presentación. Cuando las citas se cancelan a último momento (“cancelación a última hora”) o no se cancelan en absoluto (“no presentación”), se impide que otros pacientes obtengan los servicios necesarios. Telemetrynd exige que se avise con al menos veinticuatro (24) horas de antelación directamente a su Proveedor cuando se cancele una cita. El aviso de cancelación puede ser proporcionado a su Proveedor por correo electrónico o llamada telefónica. También puede ponerse en contacto con el equipo de citas de Telemetrynd llamando al (866) 991-2103 para que le cambien la cita. La política de Telemetrynd es que si usted llega más de quince (15) minutos tarde a su cita, su Proveedor tratará este hecho como una cancelación a última hora o no presentación y usted podría estar sujeto a los cargos por cancelación que se describen a continuación.

Cargos por cancelación a última hora y por no presentarse.

- **NO PRESENTARSE A SU CITA, O NO CANCELARLA EN UN PLAZO DE 24 HORAS PUEDE DAR LUGAR A UN CARGO POR CANCELACIÓN DE \$100.**
- **LAS CITAS DE SÁBADO Y DOMINGO REQUIEREN UN AVISO DE CANCELACIÓN DE 48 HORAS.**
- **Tenga en cuenta lo siguiente:**
 - Su compañía de seguros no pagará por las cancelaciones a última hora ni por no presentarse, por lo que usted será responsable de los cargos derivados de una cancelación a última hora o por no presentarse.
 - Los únicos casos por los que se podrá justificar una no presentación o cancelación a última hora serán enfermedad grave, hospitalización o una emergencia inesperada.
 - Si usted cancela a última hora o no se presenta a dos o más citas programadas en un periodo de tres meses, su proveedor se reserva el derecho de dar por terminada la relación terapéutica. Su Proveedor colaborará con usted para facilitar las remisiones correspondientes a otros consultorios en caso de que éste haya dado por terminada la relación.
 - Si está recibiendo servicios de manejo de medicamentos y no se presenta a la cita o la cancela a última hora dos veces consecutivas, su proveedor podría no volver a surtirle ninguna receta sin que antes acuda a una cita de control con su médico de cabecera para evaluar cualquier nuevo problema médico que pueda afectar el manejo de sus medicamentos.

Sus derechos legales de confidencialidad

Consulte nuestro Aviso de prácticas de confidencialidad HIPAA.

*Si usted es miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o veterano de las Fuerzas Armadas remitido a nosotros por la Administración de Veteranos, su administrador de atención primaria (PCM), Centro de Tratamiento Militar (MTF) o Centro Médico de la Administración de Veteranos remitente puede solicitar sus registros, los cuales *se pondrán a su disposición según lo dispuesto en* el título 45, artículo 64, DoD 6025.18-R del Código de Reglamentos Federales (CFR) y los requisitos escritos de Humana Military, Healthnet Federal Services y la Administración de Veteranos.

Expectativas de seguridad y comportamiento

Consumo de drogas y alcohol. Usted y su proveedor tienen derecho tener la expectativa de que sus interacciones se produzcan sin que ninguna de las partes se encuentre bajo la influencia de sustancia alguna (recetada, de venta libre, no recetada, legal, recreativa o ilegal). En caso de que una de las partes manifieste en la sesión estar bajo los efectos de alguna sustancia, la sesión deberá darse por terminada y se enviará un correo electrónico a incidents@telemetrynd.com para su revisión. Los proveedores reconocen que el consumo de sustancias puede ser un factor en el tratamiento, y cuando éste sea el caso, se desarrollará un plan con usted para abordar este aspecto del trabajo dentro de la discusión sobre la planificación de la seguridad.

Entorno y conducción de las sesiones. Telemetrynd se rige por su Política de Privacidad, el Aviso de Prácticas de Privacidad de Telemetrynd y las normas y reglamentos de la HIPAA antes, durante y después de sus sesiones. Usted puede acceder a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Telemetrynd en el pie de página de nuestro sitio web, ubicado en www.telemetrynd.com. En la medida de lo posible, usted debe procurar disponer de un espacio seguro y tranquilo para sus sesiones. Esto incluye tratar de asegurarse de que no haya terceras personas presentes o cualquier otro factor que pueda distraerle de prestar toda su atención al Proveedor. Tanto el Proveedor como sus cámaras deben estar al mismo nivel de los ojos con sus caras claramente visibles para una comunicación de máxima calidad. Ni el Proveedor ni usted deben utilizar el teléfono durante la sesión, salvo en caso de emergencia. Además, durante la sesión ninguno de los participantes debe estar conduciendo activamente, por su propia seguridad y la de los demás en la carretera, así como por las leyes aplicables en materia de conducción distraída.

Prohibición de conductas perturbadoras o discriminatorias. Telemetrynd confía en que todas las interacciones entre Telemetrynd y los pacientes se basen en el respeto mutuo y fomenten una relación de confianza y colaboración entre los pacientes, los proveedores y todo el personal de Telemetrynd. Como tal, Telemetrynd tiene una política de tolerancia cero con respecto a los pacientes que sean disruptivos, irrespetuosos o discriminatorios. Si se produce tal comportamiento, se podrán cancelar sus servicios.

Comunicaciones de emergencia

Nuestros Servicios no son para emergencias médicas o situaciones urgentes. Usted no debe desestimar o retrasar la consulta médica en función de aquello que figure o no figure en nuestros Servicios. **Si cree que está experimentando una emergencia, llame inmediatamente al 9-1-1 o al 9-8-8 (Salud mental).**

Si en cualquier momento durante la prestación de los Servicios, usted empieza a tener, está experimentando o tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta activamente síntomas psicóticos o sufre una crisis médica o de salud mental que no puede resolverse a distancia, su Proveedor podrá dictaminar que los Servicios no son apropiados y que se requiere un nivel de atención superior. En tal caso, su Proveedor puede darle instrucciones para que acuda a esos servicios o, en caso de emergencia, éste puede tener comunicarse con los servicios de emergencia externos y/o con su contacto de emergencia identificado.

Garantía de calidad

Telemetrynd se esmera en ofrecerle un servicio de calidad. Es posible que posterior a su consulta nos comuniquemos con usted para asegurarnos de que se encuentra satisfecho con los servicios prestados. Si tiene algún comentario o duda, comuníquese con Telemetrynd al (866) 991-2103 o envíenos un correo electrónico a support@telemetrynd.com.

Recordatorio de citas

Para recordarle sus citas nos apoyamos en el correo electrónico, los mensajes de texto y las llamadas telefónicas. En cualquier momento usted puede solicitar a su proveedor de BH o al servicio de atención al cliente de Telemetrynd que cambien estas preferencias.

Reconocimiento del consentimiento, entendimiento de las expectativas del paciente y condiciones de uso

Al firmar a continuación, confirmo y admito que he leído y entendido el anterior consentimiento para el tratamiento de salud conductual, las políticas de la práctica y las condiciones de uso de la empresa que se encuentran en <https://www.telemetrynd.com/terms-of-use>

Además, confirmo que soy el cliente/paciente o estoy autorizado/a para firmar en su nombre.

NOMBRE/FIRMA DEL CLIENTE/PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

(Si el cliente es menor de 18 años)

NATURALEZA DE LA RELACIÓN CON EL CLIENTE: _____

FECHA: _____