

## **ACUERDO FINANCIERO**

RE: NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NOCIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

PADRES RESPONSABLES/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NOCIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que es la póliza de Mountain Family Medicine para presentar reclamaciones por servicios prestados en mi nombre a mi compañía de seguros primaria y secundaria o agencia gubernamental de beneficios, siempre y cuando siga la oficina al tanto de la cobertura del seguro actual de cada visita al consultorio.
2. Entiendo que, además de co-pagos requeridos por mi compañía de seguros o agencia gubernamental de beneficios debido a Mountain Family Medicine en el momento del registrarme para los servicios a realizar, los cargos por servicios adicionales realizados en días de visita o deducibles debe también ser pagados en el momento de salida o como se indica adicionalmente en este documento. Si yo no pago mis saldos de las cuentas de Mountain Family Medicine en su totalidad y mi cuenta se atrase y vence, cualquier cita futura puede ser cancelada y cualquier servicio adicional será negado hasta que el pago se haga o un plan de pago se ha creado con el Departamento de Facturación.
3. Entiendo además que, incluso si mi compañía de seguros o agencia gubernamental de beneficios se factura por Mountain family medicine por los servicios prestados, yo soy responsable de todos los cargos, si son o no son pagados o reembolsados por mi compañía de seguros o gubernamental agencia de beneficios. Además, le asigno todos los fondos y / o pagos de beneficios médicos o de gobierno aplicables a Mountain Family Medicine por los servicios realizados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesarias para procesar cualquier reclamo por pagos adeudados.
4. Estoy de acuerdo y me comprometo a pagar los saldos de las cuentas por servicios prestados por Mountain Family Medicine dentro de los treinta (30) días si se le niega o no si no es pagado por mi compañía de seguros o beneficios gubernamentales o dicho saldos pueden acumular factura o ser entregado a una agencia de colección para procesar a elección de Mountain Family Medicine.
5. Entiendo que si mi cuenta es asignada a una agencia de collection la agencia me cobrará una comisión o cuota que puede ser hasta un treinta por ciento (30%) de la cantidad que le debo a la Mountain Family Medicine. Estoy de acuerdo que si mi cuenta está asignada a una agencia de colección, Mountain Family Medicine puede añadir el importe de las comisiones de la agencia de cobro de la cantidad que le debo de Mountain Family Medicine, y me comprometo a pagar esa cantidad adicional.
6. Entiendo que en adición a la cuota de una agencia de colleccion o comisión a mi saldo no pagado bien puede resultar en deber una suma considerablemente superior a la cantidad adeudada por servicios médicos. Entiendo, por ejemplo, que si el saldo pendiente de pago que le debo a Mountain Family Medicine es de \$1.000, Mountain Family Medicine puede agregar hasta \$300 a mi cuenta, y me comprometo a pagar la suma de \$1.300 en tal evento.
7. Entiendo que es póliza de Mountain Family Medicine que sólo se de una cuenta a colección si no tienen éxito en llegar a mí como paciente o mi parte responsable por correo postal o a través de los números de teléfono para hacer arreglos de pago después de que mi estado de cuenta se vensa por noventa (90) días y procesos internos de recolección son ineficaces.
8. Entiendo que si mi cuenta se entrega a una agencia de colección, Mountain Faimly Medicine puede también dar de el alta de la práctica y rechazar el tratamiento futuro a mí y a cualquiera de los miembros de mi familia.
9. Entiendo y acepto que en un evento de acción legal que se comiense para que yo cumpla mis obligaciones aquí, voy a reembolsar a Mountain Family Medicine por todas los costos de corte y razonables de abogados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ó Responsable/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha