

SUMMITSTONE

HEALTH PARTNERS



Acuerdo financiero

Gracias por elegir a SummitStone Health Partners como su proveedor de atención médica conductual. Nos sentimos honrados por su elección y tenemos el compromiso de proporcionarle una atención médica de la más alta calidad. Lea y firme este formulario para indicar que entiende nuestras políticas financieras sobre clientes.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL CLIENTE

- Como cliente, o tutor legal, usted es el responsable final del pago de su tratamiento y atención.
- Nos complace facturar el seguro por usted (si somos su proveedor contratado); sin embargo, solo podremos hacerlo si nos proporciona la información correcta y actualizada acerca de su seguro.
- Usted *será responsable* por cualquier cargo si la información de su seguro no es correcta o está desactualizada.
- Como cliente, usted es responsable por el pago de los copagos, el coseguro, deducibles y el costo del tratamiento no cubiertos por su plan de seguros.
- El pago debe pagarse *en el momento de recibir el servicio*.
- Para su conveniencia, en nuestra oficina aceptamos dinero en efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito.
- Todo pago recibido por SummitStone Health Partners podrá aplicarse a cualquier factura impaga para la cual usted tenga responsabilidad.
- Usted también será responsable por otros cargos. Estos cargos pueden incluir, entre otros:
 - Cargos por cheques devueltos.
 - Cargos por citas a las que se asistió sin aviso con 24 horas de anticipación.
 - Cargos por el copiado y distribución de los registros médicos del cliente.
 - Cargos por manuales de tratamiento.
 - Cargos por servicios de administración del caso provistos en nombre del cliente.
- Declaro que los ingresos anuales de mi grupo familiar son de \$_____. Estos ingresos sirven para mantener a (número total de dependientes, incluido el cliente) _____. Número de dependientes de menos de 18 años de edad_____.
- Recibo beneficios de Seguridad de ingresos suplementarios (SSI) (Sí o no). _____ Recibo beneficios del Seguro social por discapacidad (SSDI) (Sí o no). _____

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE

Mediante mi firma a continuación,

- Comprendo que es mi responsabilidad tener conciencia de los requisitos, coberturas, deducibles y pagos de mi seguro.
- Autorizo a SummitStone Health Partners a divulgar la información necesaria sobre el tratamiento para facturarle a mi compañía de seguros o a otros pagadores terceros.
- Autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a SummitStone Health Partners por los servicios prestados y comprendo que soy responsable a nivel financiero de los cargos no cubiertos.
- Comprendo que cualquier saldo impago de la cuenta podrá ser enviado a entidades de recaudación o que puede generar una interrupción de los servicios (excluidos los servicios en casos de crisis).

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este Acuerdo Financiero. Este acuerdo se actualizará anualmente.

Firma del cliente o Tutor legal

Fecha