



ACUERDO FINANCIERO

Nombre del cliente (en letras de molde): _____ ID del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Gracias por elegir a SummitStone Health Partners (SHP) 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/Tutor

Como cliente, o tutor legal, comprendo lo siguiente:

- Soy el responsable del pago del tratamiento.
- SHP debe ser un proveedor contratado por mi plan de seguro y, si deseo que SHP le facture a mi seguro, debo proporcionar la información correcta y actualizada del seguro al comienzo del tratamiento y según sea necesario durante este.
- Soy responsable de proporcionar un comprobante de ingresos, al menos anualmente, si recibo un descuento en la tarifa de los servicios que no son un beneficio cubierto conforme a mi plan de seguro.
- Soy responsable por cualquier cargo si la información de mi seguro o comprobante de ingresos que presento no es correcta o está desactualizada.
- Soy responsable por el pago de los copagos, el coseguro, deducibles y otros costos del tratamiento no cubiertos por mi plan de seguro.
- Recibiré un resumen mensual para clientes de SHP con los cargos y pagos.
- El pago de los servicios debe pagarse **en el momento de recibir el servicio**, según la cobertura de mi seguro; puedo pagar los servicios en efectivo, cheques o una tarjeta de crédito conocida.
- Todo pago recibido por SHP podrá aplicarse a cualquier saldo impago del cliente para el cual yo tenga responsabilidad.
- Puedo llamar al Departamento de Facturación de SHP al 970-494-9966 si tengo preguntas sobre los saldos adeudados o créditos en la cuenta.
- También seré responsable por otros cargos. Estos cargos pueden incluir, entre otros:
 - Cargos por cheques devueltos.
 - Cargos por citas perdidas/a las que no asistió sin aviso con 24 horas de anticipación.
 - Cargos por el copiado y distribución de los registros médicos.
 - Cargos por manuales de tratamiento.
 - Cargos por servicios de administración de casos.

Responsabilidad de pagos a su cuenta

Declaro que los ingresos anuales de mi grupo familiar son de \$_____. Estos ingresos sirven para mantener a _____ (número total de dependientes, incluido el cliente, en el grupo familiar). Número de dependientes de menos de 18 años de edad: _____.

Recibo beneficios de Seguridad de ingresos suplementarios (SSI) Si No

Recibo beneficios del Seguro social por discapacidad (SSDI) Si No



- Soy un cliente menor de edad, de entre 15 y 17 años y me declaro responsable de pagos a mi cuenta en el formulario de Toma de decisiones médicas (Medical Decision Making, MDM); comprendo que soy responsable de todos los cargos a mi cuenta a menos que se proporcione un método alternativo de pago (por ejemplo, un seguro).
- Comprendo que, si no tengo cobertura de seguro, puedo realizar un pago a mi cargo designado, o tener un descuento SOLO si presento y mantengo un comprobante de ingresos actualizado anualmente.
- Comprendo que debo proporcionar un comprobante de ingresos antes de mi evaluación inicial, y que debo proporcionarlo al menos anualmente para poder realizar un pago a mi cargo o recibir un descuento por los servicios.

***A continuación, se detallan montos *estimados* para *cada* servicio, CON comprobante de ingresos y SIN comprobante de ingresos.

***La escala móvil de cargos y las tasas estándares están sujetas a cambio.

CON comprobante de ingresos (según los ingresos anuales y la cantidad de dependientes a cargo)

GRUPAL: \$ _____ INDIVIDUAL: \$ _____ PROVEEDOR MÉDICO: \$ _____

SIN comprobante de ingresos

GRUPAL: \$ 50.00-\$175.00 INDIVIDUAL: \$ 140.00-\$230.00 PROVEEDOR MÉDICO: \$ 230.00-\$310.00

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE

Mediante mi firma a continuación:

- Comprendo que es mi responsabilidad tener conciencia de los requisitos, reglas de cobertura, deducibles y otros copagos de mi plan de seguro.
- Autorizo a SHP 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 SHP por los servicios prestados y comprendo que soy responsable a nivel financiero de los cargos no cubiertos por mi plan de seguro.
- 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).
- Comprendo que debo proporcionar un comprobante de ingresos, al menos anualmente, para recibir la mejor tasa disponible.

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

Firma del cliente o Tutor legal

Fecha