



ACUERDO FINANCIERO

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

Gracias por elegir a SummitStone Health Partners ("SummitStone") como su proveedor de atención de salud conductual. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a proporcionarle atención de la salud conductual de la más alta calidad. Por favor lea y firme este formulario para indicar que entiende las políticas financieras de nuestros clientes.

Responsabilidad financiera del cliente/tutor legal

Como cliente, o tutor legal, entiendo que:

- Al fin, yo soy responsable por el pago del tratamiento.
- SummitStone debe ser un proveedor contratado bajo mi plan de seguro para que SummitStone facture a mi seguro. Debo proporcionar información correcta y actualizada del seguro al inicio del tratamiento y según sea necesario durante el curso del tratamiento.
- Soy responsable de proporcionar pruebas de ingresos antes de mi evaluación inicial y al menos semestralmente para recibir la mejor tarifa disponible si elijo no usar mi seguro o si no tengo cobertura. La información proporcionada puede calificarme para recibir una tarifa con descuento por servicios.
- Soy responsable de todos los cargos si la información del seguro o de las pruebas de ingreso que presento no es correcta o es desactualizada.
- Soy responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y otros costos de tratamiento no cubiertos por mi plan de seguro.
- Recibiré un estado de cuenta mensual del cliente de SummitStone en el que se detallan los cargos y pagos.
- Se requerirá el pago de los servicios en el momento del servicio, dependiendo de mi cobertura de seguro. Puedo pagar por los servicios con efectivo, cheque o una tarjeta de crédito reconocida.
- Los pagos recibidos por SummitStone pueden ser aplicados a cualquier saldo no pagado del cliente por los cuales estoy indicado como la parte responsable. Es posible que el pago no refleje el recibo actual del pago en la fecha del servicio.
- Puedo llamar a la oficina de facturación de SummitStone al 970-494-9966 con preguntas sobre saldos adeudados y/o créditos de cuenta.
- También puedo ser responsable de cargos varios, incluyendo pero no limitado a:
 - Cheques devueltos;
 - Manuales de tratamiento;
 - Servicios de administración de casos.
 - Servicios de compañeros especialistas.
- Si soy un cliente menor de edad entre los 12 y los 17 años y he reclamado "Self" ("yo") en el formulario de Toma de Decisiones Médicas (MDM por sus siglas en inglés), entiendo que soy responsable por todas las tarifas de pago por cuenta propia a menos que se proporcione un método de pago alternativo (p. ej., seguro).
- Entiendo que, si no tengo cobertura de seguro, puedo pagar una tarifa designada de pago por cuenta propia o con descuento SÓLO si se proporciona y se mantiene actualizado semestralmente mi prueba de ingresos.



Datos de los Hogares

- El ingreso anual de mi hogar es: \$ _____
- Número total de dependientes, incluyendo el cliente, en el hogar: _____
- Número total de dependientes menores de 18 años que viven en el hogar: _____
- Estoy recibiendo Beneficios de SSI: ☐ Sí ☐ No
- Estoy recibiendo Beneficios de SSDI: ☐ Sí ☐ No

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE

Al firmar a continuación, entiendo que:

- Es mi responsabilidad estar al tanto de los requisitos, reglas de cobertura, deducibles y otros copagos bajo mi plan de seguro.
- Doy mi autorización para que SummitStone divulgue la información de tratamiento necesaria para facturar a mi compañía de seguros u otros terceros pagadores.
- Autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a SummitStone por los servicios prestados y que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro.
- Los saldos de cuentas no pagadas pueden resultar en una interrupción de los servicios (excluyendo los servicios de crisis).
- Debo proporcionar la prueba de ingresos semestralmente para recibir la mejor tarifa disponible para mí.

He leído y entiendo y estoy de acuerdo con las provisiones de este Acuerdo Financiero. Este Acuerdo será actualizado cada año.

Firma de la fecha del cliente o del tutor legal

Fecha