

Medicaid No:

DOB:

Client Name:

Record Number:

**ACUERDO FINANCIERO**

Acuerdo para pagar: El pago por el servicio se debe hacer en el momento que el servicio es proporcionado. Yo estoy de acuerdo en pagar en cada cita la tarifa establecida. Comprendo que se me puede negar una nueva cita si rehúso a pagar cuando si tengo la capacidad de pagar. Es mi responsabilidad de informarle a DAYMARK Recovery Services de cualquier cambio que afecte mi habilidad de poder pagar.

Nosotros aceptamos la transmisión de beneficios de seguro medico siempre y cuando tengamos contrato con su compañía de seguro. Sin embargo, usted debe de entender lo siguiente:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su lugar de empleo y su compañía de seguro. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguro.
2. Nosotros reportaremos con la compañía de seguro como cortesía hacia usted y es su responsabilidad de verificar los beneficios de su compañía de seguro. Todos los cargos son su responsabilidad ya sea que su compañía de seguro pague o no.
3. En caso de que sea necesario algún servicio médico o dental bajo el cuidado de DAYMARK Recovery Services, requiriendo que reciba tratamiento de otra instalación, usted o su persona legalmente responsable son completamente responsables de TODO/ HONORARIOS/CARGOS incurridos por los servicios que recibe (por ejemplo, fractura de ambulancia, fractura de hospital, fractura de atención urgente, fractura de radiología, etc.). Entiendo que cualquier proveedor de laboratorio puede facturar por separado.
4. Si la compañía de seguro no paga su saldo en 45 días, le pedimos que usted se ponga en contacto con su compañía de seguro.
5. Si la compañía de seguro no paga en un periodo de 60 días, le pedimos de que usted pague el saldo total.

Asignación de beneficios: Yo autorizo y dirijo a todos los aseguradores en el archivo y las organizaciones estatales Managed Care (MCOs) que tienen la responsabilidad por el pago de servicios a pagar directamente a los Servicios de Recuperación de DAYMARK. Yo autorizo y dirijo a cualquier persona o corporación que haya tenido notificación de esta asignación a pagar directamente a los Servicios de Recuperación de DAYMARK todos los beneficios médicos, responsabilidad u otros seguros médicos o beneficios de tercera persona. Yo comprendo que yo soy responsable de cargos financieros aplicados al deducible de la compañía de seguro y por todos los cargos no pagados por la compañía de seguro a los Servicios de Recuperación de DAYMARK.

Divulgación de Información de Pago: Yo autorizo a los Servicios de Recuperación de DAYMARK a revelar cualquier información y todo el contenido de mi expediente medico e información de salud, la cual pudiera incluir condiciones psiquiátricas, abuso de alcohol y drogas, SIDA, Condiciones relacionadas al SIDA, o VIH, o otra enfermedad transmisibles para el propósito de revisar y hacer pagos requerido por mi **proveedor de seguro en el archivo** así como la **Organización de Managed Care (MCO)**.

**Cuota para la detección de drogas en la orina (UDS) cantidad \$ \_\_\_\_\_**

Un cargo de \$25.00 se le cobrara por cheques devueltos. Una vez que un cheque sea devuelto se necesita pagar en efectivo o con giro postal antes de 48 después de que sea notificada.

Nosotros comprendemos que existen problemas financieros que pueden afectar el pago a tiempo de su saldo. Le aconsejamos a que nos comunique cualquier problema para así poder asistirle en la administración de su cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Requerida solamente cuando la firma es una "X",  
marca o símbolo.

\_\_\_\_\_  
Fecha