



ACUERDO FINANCIERO

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

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

Responsabilidad financiera del cliente/tutor

Como cliente, o tutor legal, entiendo que:

- En última instancia, soy responsable del pago del tratamiento.
- SummitStone debe ser un proveedor contratado bajo mi plan de seguro para SummitStone para facturar mi seguro; Debo proporcionar información correcta y actualizada del seguro al inicio del tratamiento y según sea necesario durante todo el tratamiento.
- Soy responsable de proporcionar pruebas de ingresos, al menos anualmente para recibir la mejor tarifa disponible. La información proporcionada puede calificarme para recibir una tarifa con descuento por servicios que no son un beneficio cubierto bajo mi plan de seguro.
- Soy responsable de todos los cargos si el seguro o la prueba de la información de ingresos que presento no es correcta o se vuelve obsoleta.
- Soy responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y otros costos de tratamiento que no están 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.
- El pago de los servicios puede ser requerido *en el momento del servicio*, dependiendo de mi cobertura de seguro y que puedo pagar por los servicios con efectivo, cheque o una tarjeta de crédito reconocida.
- Los pagos recibidos por SummitStone pueden ser aplicados a los saldos no pagados de clientes para los que yo figure como la parte responsable. Es posible que el pago no refleje el recibo actual del pago en la fecha del servicio.
- Puedo llamar al departamento 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 gestión de casos.
 - Faltas a citas sin previo aviso efectuado al día hábil anterior a la cita incurrirán en un cargo de \$25.00.



RESPONSABILIDAD DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Doy fe de que mis ingresos familiares anuales son de \$_____. Este ingreso soporta _____ individuos (número de dependientes en su hogar, incluyendo al cliente. El número de dependientes menores de 18 años en el hogar es_____.

Elijo NO proporcionar prueba de ingresos. Entiendo que puedo pagar tarifas más altas por los servicios que si proporcionase una prueba de ingresos.

Estoy recibiendo beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI) Sí NO

Estoy recibiendo beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementaria por Discapacidad (SSDI) Sí NO

- Si soy un cliente menor de entre 12 y 17 años y he reclamado "Self" (yo) en el formulario de Toma de Decisiones Médicas (MDM), entiendo que soy responsable de 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 anualmente mi comprobante de ingresos.
- Entiendo que estoy obligado a proporcionar pruebas de ingresos antes de mi evaluación inicial, y que debo proporcionar pruebas de ingresos al menos una vez al año para recibir el pago por cuenta propia o la tarifa con descuento por los servicios.

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

***CON** prueba de ingresos (basado en los ingresos anuales):

HONORARIOS TOTALES/APOYO: \$_____

GRUPO: \$_____

INDIVIDUAL: \$_____

PROVEEDOR MÉDICO: \$_____

***SIN** prueba de ingresos:

HONORARIOS TOTALES/APOYO: \$ 65.00-\$140.00

GRUPO: \$ 75.00 - \$200.00

INDIVIDUAL: \$ 190.00 - \$320.00

PROVEEDOR MÉDICO: \$ 200.00 - \$ 500.00

**La escala móvil de tarifas y las tarifas estándar están sujetas a cambios.*

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 pagadores de terceros.
- 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 ser enviadas a cobros y/o pueden resultar en una interrupción de los servicios (excluyendo los servicios de crisis).
- Debo proporcionar prueba de ingresos anualmente para recibir la mejor tarifa disponible para mí.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de este Acuerdo Financiero. Este acuerdo se actualizará anualmente.

Firma de la fecha del cliente o del tutor legal

Fecha