ACUERDO DE PLAN DE PAGO

Apellido Nombre de pila Fecha de Nacimiento

DIRECCIÓN Número de cuenta

Gracias por elegir PrimeCARE Medical Clinic como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención. El pago por los servicios prestados es parte de la relación médico-paciente con su médico. Según la política financiera de la práctica, los pacientes y garantes son responsables de realizar los pagos necesarios por los servicios que reciben. Con el entorno cambiante en la atención médica, se está imponiendo al paciente una mayor responsabilidad de pago en forma de copagos, deducibles altos y costos de bolsillo.

A exclusivo criterio de la práctica, le ofrecemos esta oportunidad de establecer un plan de pago mutuamente viable para el tratamiento que ha recibido. Este acuerdo de plan de pago le brinda la opción de autorizarnos a obtener y mantener archivada la información de su tarjeta de crédito o débito como un método conveniente de pago por los servicios brindados. A su tarjeta de crédito o débito se le cargará automáticamente el monto negociado mensualmente. Se requieren cuotas periódicas continuas durante el tiempo que exista un saldo pendiente en su cuenta.

Teniendo en cuenta la práctica de aceptar pagos a plazos de su saldo, se espera que usted:

1. Realizar los pagos según lo acordado sin incumplimiento.
2. Realice pagos hasta que el saldo pendiente en su cuenta sea cero dólares ($0).

Para su comodidad, nuestra práctica ofrece este plan de pago sin cargos financieros ni de intereses. Si recibimos los pagos periódicos descritos en este acuerdo, nuestra práctica no emprenderá ninguna acción de cobro adicional en su cuenta. Sin embargo, cualquier incumplimiento de los términos de este acuerdo de pago hará que todo el saldo pendiente se deba inmediatamente y se esperará el pago total. Un incumplimiento de los términos de este acuerdo resultará en que nuestra práctica realice esfuerzos de cobranza.

Al firmar este acuerdo, usted renuncia al plazo de prescripción como defensa ante cualquier demanda por el cobro de cualquier monto adeudado.

Este acuerdo de pago se considerará vinculante después de que la parte responsable haya firmado y fechado el acuerdo y la autorización de pago al dorso.

A continuación se enumeran nuestras opciones de planes de pago.:

Balance	Monto mínimo de pago
Menos de $100.00	$25.00 por mes
$100.00-$200.00	$35.00 por mes
$201.00-$300.00	$45.00 por mes
$301.00 o más	$50.00 por mes

Acepto los términos de este Acuerdo de Plan de Pago:

Firma del Paciente (o Garante): _____

Nombre del Paciente:_____Fecha:_____

INFORMACIÓN DEL PAGO

El saldo actual de mi cuenta de paciente es de $_____ a (fecha) _____.

¿Aún hay reclamaciones pendientes con el seguro? (Círculo) Sí No

Además, entiendo que si todavía hay reclamaciones pendientes con el seguro en este momento, es posible que deba una cantidad además de la cantidad indicada anteriormente. Si deseo que se agreguen más saldos a un plan de pago, entiendo que tendré que completar un formulario de plan de pago por separado que incluya todos los saldos pendientes a partir de esa fecha.

Iniciales del Paciente (o Garante) _____

Seleccione una de las dos opciones siguientes y firme como se indica

☐ Elijo que PrimeCARE conserve la información de mi tarjeta de débito/crédito para pagos mensuales automáticos. Entiendo que si la información de mi tarjeta de crédito o débito cambia, debo completar un nuevo Acuerdo de Plan de Pago de inmediato para que continúen mis pagos automáticos mensuales.

___Visa® ___ American Express® ___ MasterCard® ___ Discover Card®

Nombre del paciente: _____

Nombre del titular de la tarjeta_____ Número de tarjeta_____

Fecha de caducidad:_____ CVV:_____

Titular de la Tarjeta Dirección: _____

Código postal: _____

Correo electrónico del titular de la tarjeta: _____

Número de teléfono del titular de la tarjeta: _____

Acepto un pago mensual de $_____ que se evaluará dentro de los 3 días siguientes al 25th de cada mes, con una confirmación por correo electrónico enviada a la dirección de correo electrónico proporcionada. Este acuerdo será válido por _____ meses o hasta que el saldo anterior se pague en su totalidad.

Firma del titular de la tarjeta: _____Fecha: _____

Elijo NO que PrimeCARE retenga la información de mi tarjeta de crédito o débito. Entiendo que debo realizar este pago mensual por correo, teléfono, en línea o en persona. Entiendo que el hecho de no realizar este pago mensual anula este acuerdo y se esperará el pago completo de inmediato.

Firma del Paciente (o Garante): _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del testigo (empleado de PCMC) _____ Fecha: _____