



Acacia
FAMILY MEDICAL GROUP

400 E. Romie Lane
Salinas, CA 93901
Teléfono: (831) 770-0123
Fax: (831) 753-9717

8036 San Miguel Canyon Rd
Prunedale, CA 93907
Teléfono: (831) 663-0123
Fax: (831) 663-9500

POLÍTICA FINANCIERA

El presente es un acuerdo entre Acacia Family Medical Group como acreedor, y el Paciente/Deudor mencionado en este formulario.

Conforme a este acuerdo, los términos "usted", "su" y "suyo" harán referencia al Paciente/Deudor. La palabra "cuenta" significará la cuenta establecida en su nombre a la cual se cobrarán los cargos y acreditarán los pagos. Las palabras "nuestro" o "nuestros" harán referencia a Acacia Family Medical Group.

Al firmar este acuerdo, usted conviene pagar por los servicios que reciba.

Estado de cuenta mensual: Si su cuenta presenta un saldo, le enviaremos un estado de cuenta mensual. El saldo anterior, los nuevos cargos y los pagos o créditos aplicados a la cuenta durante el mes aparecerán por separado.

Pagos: A menos que se disponga y acuerde de otra manera por escrito, el saldo en su estado de cuenta se emitirá y vencerá a menos que se pague al finalizar el mes. Para su comodidad, mantenemos tarjetas de crédito en nuestros registros para cancelar saldos acumulados. En el caso de saldos acumulados, cargaremos el importe automáticamente a su tarjeta de crédito en lugar de enviarle un estado de cuenta mensual.

Pagos obligatorios: Los copagos que exijan las compañías de seguros deberán abonarse al momento de recibir el servicio. Se aplicará una tarifa de \$25 para los copagos que no se abonen al momento de recibir el servicio. Por lo tanto, si el copago no se abona al momento del servicio, le cobraremos el copago más un cargo adicional de \$25.

Pago en caso de no contar con un seguro: El pago deberá abonarse en su totalidad al momento de recibir el servicio. Usted podrá elegir pagar en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito el día en que recibe el tratamiento. Los pacientes sin seguro que realicen pagos por servicios obtendrán un descuento si realizan el pago total al momento de recibir el servicio. El descuento no será válido en caso de pagos parciales al momento de recibir el servicio.

Devolución de cheques: Se aplicará un cargo de \$25 por los cheques devueltos por el banco. En caso de que una cuenta presente una devolución de un cheque, esta solo podrá cancelarse en efectivo o con tarjeta de crédito.

Nombre del paciente: _____

Parte responsable
(En caso de no ser el paciente): _____

Firmante: _____ Fecha: _____

Cofirmante: _____ Fecha: _____

Tipo de tarjeta de crédito: _____ N.º de tarjeta de crédito #: _____

Fecha de vencimiento: _____ Firma de usuario autorizado: _____

Cargo por no presentarse a una cita médica: Cada vez que no se presente puntualmente a su cita médica o la cancele con menos de 24 horas de anticipación, se cobrará un cargo de \$25 a su cuenta.

Cuentas vencidas: Si su cuenta se vence, tomaremos las medidas necesarias para cobrar la deuda. Si debemos derivar su cuenta a una entidad de cobranzas, usted acuerda abonar los costos de cobranza en los que se incurra.

Cuentas de cobranza: Una vez que su cuenta se haya derivado a una entidad de cobranzas, el saldo en el que se incurra en nuestra oficina deberá pagarse en su totalidad antes de continuar con la prestación de servicios. En caso de no poder pagar la totalidad del saldo, las futuras consultas deberán abonarse totalmente al momento de recibir los servicios hasta que se cancele el saldo anterior. Si la cuenta debe derivarse repetidamente a una entidad de cobranzas o alcanza instancias cercanas a este proceso, podríamos discontinuar el servicio.

Exención de confidencialidad: Usted comprende que si esta cuenta se deriva a una entidad de cobranzas, el hecho de que usted haya recibido servicios de nuestra parte pasará a tener carácter público.

Quiebra: Si ha iniciado el proceso de quiebra, cancelaremos los saldos vencidos a la fecha de la declaración de la quiebra. Una vez declarada la quiebra, si decide continuar recibiendo nuestros servicios, será responsable de abonar todos los servicios que reciba.

Facturación por cuenta de terceros: Nuestra oficina no acepta la facturación por cuenta de terceros. Esto incluye indemnización por accidentes de trabajo y accidentes automovilísticos. Usted deberá pagar al momento de recibir los servicios. Usted será responsable por la facturación por cuenta de terceros.

Cofirmantes: Si esta u otra Política financiera es firmada por otra persona, dicha firma conjunta será válida a menos que se cancele por escrito. En caso de recibirse cancelación por escrito, entrará en vigencia respecto de todo cargo posterior.

Fecha de vigencia: Una vez firmado este acuerdo, usted conviene cumplir con todos los términos y las condiciones que aquí se establecen y el acuerdo tendrá plena vigencia.

Aprobado: _____	Fecha: _____
------------------------	---------------------