



Acuerdo de Pago

Name (please print) _____ DOB _____ MHCD ID # _____

Nos agrada en el Mental Health Center of Denver (MHCD) proporcionarle nuestros servicios. El presente Acuerdo describe los términos de pago por nuestros servicios.

TÉRMINOS GENERALES DE PAGO

- Entiendo que soy económicamente responsable de los servicios, medicamentos y trabajos de laboratorio recibidos en el MHCD conforme al presente Acuerdo de Pago y los términos de mi plan de beneficios de salud.
- Acepto pagar mi parte del costo de mis servicios en el momento del servicio, incluyendo los copagos, coseguros o deducibles, según se determine bajo mi plan de beneficios de salud.
- En caso de que mi plan de beneficios cambie, se lo informaré al personal de MHCD.
- En caso de que surja una dificultad económica que me prohíba cumplir con este Acuerdo de Pago, acepto hablar con el MHCD, *antes de* recibir servicios adicionales, para analizar mis opciones de pago.
- Entiendo que si no pago mi cuenta al MHCD cuando se deba, el MHCD se reserva el derecho a emplear una agencia de cobro a morosos o a tomar otras acciones legales y que los cargos por dichas acciones se agregarán a mi cuenta.
- Entiendo que si recibo algún pago directamente de Medicare, Medicaid o de mi compañía de seguros por servicios proporcionados por el MHCD, debo entregar el pago al MHCD. El MHCD devolverá cualquier exceso de pago que reciba a mí o a mi compañía de seguros, según sea apropiado.

He leído el presente Acuerdo de Pago y lo entiendo por completo. La información que he entregado al MHCD es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____