



ACUERDO DE PAGO PARA PROGRAMA EXTERNO

Nombre del cliente _____ Identificación _____

Se ha determinado basado en la información proveída que este acuerdo de pago es aplicable a los servicios que serán proveídos por wellmore Inc

Servicios Externos y Servicios de Medicina

Cobertura Medicaid

- Husky A, T-19 – Ningún pago
- Husky B - \$10 Pago/servicio

Medicaid con cobertura de seguro privado

Compañía de seguro _____

- Husky A, T-19 – Ningún pago
- Husky B - \$10 pago/servicio

Cobertura Privada

Compañía de seguro _____

___ Deducible, ___ Pago/ Cant. Precovertura

Sin cobertura

_____ % en cada visita

Ingreso antes de deducciones _____

de personas en su hogar _____

Categoría temporaria hasta que nos provea la información del seguro *** debe proveer la información en menos de 15 dias, de lo contrario el balance se convierte en su responsabilidad y pago permanente, como cliente/guardia

Estoy de acuerdo a pagar esta cantidad completa debido al acuerdo que fue aceptado indicado arriba.
Estoy de acuerdo a notificar a Wellmore de cualquier cambio en mi cobertura o estado financiero inmediatamente.
Estoy de acuerdo que cualquier cambio afectara el valor de este acuerdo y uno nuevo será necesario.

Firma del Guardian: _____

Fecha: _____

Firma (letra de molde): _____

Testigo: _____

Verificación

- No ha habido ningún cambio financiero o de cobertura desde la finalización de este acuerdo.
- Ha habido cambios financieros o de cobertura desde la finalización de este acuerdo.

Firma: _____

Fecha: _____