

Acuerdo financiero:

El abajo firmante está de acuerdo, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, por la presente se obliga individualmente a pagar la cantidad del hospital/clínica/médico de acuerdo con las tarifas y términos regulares del hospital/clínica/médico.

El paciente debe estar pagando actualmente los saldos que se deben al hospital/clínica/médico. Es responsabilidad del paciente revisar sus cuentas y/o facturas para asegurarse de que sus facturas sean exactas. Si el paciente no está pagando en su(s) cuenta(s), entonces todos los servicios prestados en el momento del servicio tendrán que ser pagados en el momento del servicio.

En caso de que la cuenta sea remitida a una agencia para su cobro, el abajo firmante pagará honorarios razonables del abogado y gastos de cobro.

Si cree que su factura es inexacta, no dude en llamar a nuestro departamento de facturación de la clínica al (601) 735-7193.

Firma del garante: _____

Nombre impreso:

MR: _____

Fecha:

