



ACUERDO FINANCIERO PARA LOS PROVEEDORES PROFESIONALES DE BANNER HEALTH
FINANCIAL AGREEMENT FOR BANNER HEALTH PROFESSIONAL PROVIDERS

Yo, acepto que a cambio de los servicios que el hospital u otros proveedores afiliados a Banner Health le proporcionaron al paciente en el hospital o con proveedores afiliados a Banner Health, pagaré la cuenta del paciente o haré los arreglos financieros necesarios para el pago de la cuenta que sean satisfactorios para el hospital y cualquier otro proveedor. Yo acepto que, para que ustedes, sus representantes o personas asignadas para dar servicio a mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que les deba, pueden comunicarse conmigo por correo electrónico o por teléfono a cualquier número de teléfono relacionado con mi cuenta, incluso teléfonos celulares, lo que puede resultar en cargos para mí. Los métodos para comunicarse conmigo pueden incluir, mensajes de texto, usar mensajes pregrabados o artificiales o el uso de cualquier sistema de marcación automática. Esta autorización expresa aplica a cualquier teléfono fijo, teléfono celular o correo electrónico que yo adquiera en el futuro. También acepto que les informaré si discontinúo, transfiero o cambio de otra manera los números de teléfono, que les proporcioné dentro de los 5 días después del cambio. También acepto estas comunicaciones como sean necesarias de parte de cualquier empleado, representante, apoderado, o tercero que trabaje a nombre de los médicos u otros proveedores involucrados en mi atención médica.

Me pueden dar un presupuesto aproximado de los cargos al momento o antes de que se preste el servicio, pero comprendo que esto es únicamente un cálculo basado en la información disponible en ese momento y que la cantidad que se le cobrará al paciente por los servicios médicos prestados puede ser diferente a la cantidad estimada por diferentes motivos, que incluyen pero no están limitados a, procedimientos adicionales, pruebas o materiales que no se cubrieron en el presupuesto aproximado.

Comprendo y acepto que se facturará a mi seguro o al seguro del paciente, en caso que tenga, por los servicios médicos prestados al paciente y que Banner Health solicitará el pago a la compañía aseguradora antes de que se me exija el pago a mí (con la excepción de los copagos, deducibles y coaseguros correspondientes, los cuales debo pagar). Comprendo y acepto que soy responsable y que pagaré por los servicios médicos prestados al paciente en caso de que el seguro no autorice estos servicios o no pague por estos servicios. Además, comprendo que como parte de la comunicación comercial normal con Banner Health en relación a este asunto, el personal o los representantes de Banner Health pueden comunicarse conmigo por medio de alguno de los siguientes métodos: carta, correo electrónico, teléfono, mensajes de texto o de voz o cualquier otra tecnología disponible que usen las empresas para tales comunicaciones.

Si el paciente o yo tenemos derecho a cualquier tipo de beneficios, bajo alguna póliza de seguro de salud, o de responsabilidad civil, o de terceros responsables del paciente, por medio del presente documento se transfiere ese beneficio a Banner Health o a los proveedores que prestan el servicio para que se destine al pago de la cuenta del paciente. Sin embargo, comprendo y acepto que el paciente y yo somos los principales responsables por el pago de la cuenta del paciente y que estamos obligados y aceptamos pagar cualquier parte de la cuenta que no cubra el seguro u otras fuentes. Si soy empleado de Banner Health, autorizo a Banner Health a deducir de mi nómina las facturas vencidas que debo a los proveedores de Banner Health por servicios médicos que me brindaran a mi o mis dependientes inscritos en los planes médicos de Banner Health. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Employeeinquiry@BannerHealth.com.

En caso de que el paciente o yo hayamos hecho un pago en una cuenta activa, ya sea en efectivo, cheque, tarjeta de crédito u otros medios y que queden fondos disponibles después de pagar esa cuenta (por ejemplo: un sobrepago), Banner Health tiene autorización para aplicar el sobrepago a cualquier otra cuenta que el paciente tenga sin pagar.

Recibí el Acuerdo de Tratamiento Médico. Este incluye mi correo electrónico y teléfono y cómo prefiero que se comuniquen conmigo.

 Paciente o representante autorizado

 Relación

 Testigo

 Fecha/Hora

 (Nombre del paciente en letra de molde)





FINANCIAL AGREEMENT FOR BANNER HEALTH PROFESSIONAL PROVIDERS

I agree that in return for the services provided to the patient by Banner Health or other health care providers at the clinics or providers affiliated with Banner Health, I will pay the account of the patient and/or make financial arrangements satisfactory to Banner Health. I agree, in order for you, your agents, or assigns to service my account or to collect any amounts I may owe, you may contact me by email or telephone at any telephone number associated with my account, including wireless telephone numbers, which could result in charges to me. Methods of contact may include text messages, using pre-recorded/artificial voice messages and/or use of any type of automatic telephone dialing system. This express authorization applies to any landline, cellular phone number, or email I may acquire in the future. I also agree to advise you if I discontinue, transfer or otherwise change the telephone number(s) I have provided to you within five days of such change. I also agree to such contact as necessary by any employees, agents, assigns, or third parties who work on behalf of physicians or other providers in my medical care. If an account is sent to an attorney for collection, I agree to pay reasonable attorney's fees and collection expenses in addition to the amount due and owing on the bill for health services rendered to the patient. I understand and agree that a delinquent account will be subject to interest at the legal rate.

Estimate charges may be given at or before the time of service, but I understand that this is merely an estimate, based upon information that is available at the time and that the actual amount that the patient will be charged for medical services rendered may be different from the estimate of charges for a variety of reasons, including but not limited to, additional procedures, tests or supplies that were not covered in the estimate.

I understand and agree that my insurance and/or the patients' insurance, if any, will be billed for medical services rendered to the patient, and payment from the insurer will be sought by Banner Health before I am required to make payment (with the exception of applicable copayments, deductibles and coinsurances, which I must pay). I understand and agree that I am responsible for and I will pay for medical services rendered to the patient in the event that our insurance does not authorize these services or does not pay for these services. I further understand and agree that as part of the normal business communication with Banner Health with regard to this matter, Banner Health staff or representatives may contact me through any of the following methods: letter, email, telephone, text or voice messages, or any other available technologies used by businesses for such communications.

If the patient or I am entitled to benefits of any type whatsoever, under any policy of health or liability insurance, or from any other party liable to the patient, that benefit is hereby assigned to Banner Health and/or to the providers rendering services, for application toward the patient's bill. I authorize the release of any medical information necessary to process claims and direct payment of benefits from my insurance company. It is understood and agreed, however, that the patient and I are primarily responsible for payment of the patient's bill and that we are obligated to pay and agree to pay for any portion of the bill that is not paid for by insurance or other sources. If I am an employee of Banner Health, I authorize Banner Health to deduct from my paycheck past-due amounts that I owe to Banner Health providers for health care services provided to me or my dependents enrolled in the Banner Health Medical plans. I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying Employeeinquiry@BannerHealth.com.

In the event that the patient and/or I have a payment on an active account, whether through cash, check, credit card or other means, and there remain additional funds available after that account is satisfied (e.g. an overpayment), Banner Health is authorized to apply the overpayment to any other account owed by the patient that remains unpaid.

I have received my Medical Treatment Agreement. This includes my email and phone communication preferences.

Patient / Authorized Representative

Relationship

Witness

Date / Time

(Printed Patient Name)