

FINANCIAL POLICY AND AGREEMENT (PÓLIZA FINANCIERA Y ACUERDO)

I, the undersigned, in consideration of the Office's services, agree to the following terms:

(Yo, el abajo firmante, en consideración a los servicios de la Oficina, estoy de acuerdo con los siguientes términos):

Incorporation of Assignment of Terms and Definitions. In this Agreement, "Office" shall refer to Allendale Bone & Joint Clinic, dba Allendale Chiropractic Clinic. I have reviewed the Office's Assignment form titled in short as "Assignment" or "Assignment / Lien." The terms and definitions contained in the Assignment are incorporated herein by reference.

(Incorporación de la Asignación de Términos y Definiciones. En este acuerdo, "La oficina" se referirá a clínica Allendale Bone & Joint Clinic, dba Allendale Chiropractic Clínica. He revisado forma de Asignación de la Oficina titulado en pocas palabras como "Asignación" o "Asignación / Embargo Preventivo." Los términos y definiciones que figuran en la Asignación se incorporan aquí por referencia.)

Personal Responsibility for My Charges. I understand that I remain personally responsible for my Charges and that at any time, I can request a copy of my total Charges from the Office. Except where provided otherwise by law or by contract, I agree to pay the full amount of my Charges to the Office upon its demand. I understand that the Office's Assignment does not constitute an agreement by the Office to await payment of my Charges. Unless otherwise mutually agreed to in writing on a form provided by the Office, I agree that any partial payments received by the Office towards my Charges shall not constitute acceptance of any installment payment plan, shall not constitute a waiver of the Office's right to receive payment-in-full upon demand, and shall not constitute an accord and satisfaction of my Charges, regardless of any such terms or restrictions indicated on, or included with, any payment.

(Responsabilidad Personal Por Mis Gastos. Entiendo que permanezco personalmente responsable de mis Gastos y que en cualquier momento, puedo solicitar una copia de mis Gastos totales de la Oficina. Excepto donde disponga lo contrario por ley o por contrato, me comprometo a pagar la cantidad total de mis Gastos a la Oficina a su demanda. Entiendo que la Asignación de la Oficina no constituye un acuerdo por parte de la Oficina para esperar el pago de mis Gastos. A menos que de otro modo acordado por escrito en un formulario proporcionado por la oficina, estoy de acuerdo que cualquier pago parcial recibido por la Oficina hacia mis Gastos no debe constituir la aceptación de ningún plan del pago de la instalación, no debe constituir una renuncia hacia el derecho de la Oficina de recibir el pago en su totalidad a la demanda, y no debe constituir un acuerdo y la satisfacción de mis Gastos, sin tener en cuenta ningún tal término o restricciones indicadas en, o incluido con, ningún pago.)

Personal Responsibility for Verifying the Limitations in My Coverage; Financial Responsibility for Non-Covered Charges. I understand that in any given situation, a Payer may initially refuse to make payment to the Office, may delay payment for an indefinite or unreasonable amount of time, or may actually request a refund from the Office after making payment, and do so either in whole or in part with respect to any given Charge incurred at the Office (collectively, "Deny Payment"). Without limiting the foregoing, I understand that a Payer may Deny Payment, stating that the Charge is "not a covered benefit" under its policy or exceeds some other limitation. I understand that a Payer may claim, based on internal criteria, that a particular Charge is or was not medically necessary or was not sufficiently documented, and should therefore be denied or down-coded. I further understand that a Payer may require certain Charges to be pre-certified or pre-authorized. I understand that there may be other situations where a Payer may Deny Payment based on a particular contractual term applicable to me or to the Office ("Term of Non-Coverage"). To the extent permitted by law or by contract, I agree that I am solely and exclusively responsible for verifying all Terms of Non-Coverage prior to incurring any Charges at the Office. I further agree that should the Office assist me in the verification process, I assume the risk that the Payer and/or the Office may fail to accurately understand or communicate to me the Terms of Non-Coverage. Should any Payer Deny Payment, or should any Payer be likely to Deny Payment as determined by the Office in its sole discretion, I agree that I am personally, fully and immediately responsible for the portion of my Charges denied or likely to be denied. In no event shall I hold the Office liable in any of the foregoing instances.

(Responsabilidad Personal Para Verificar las Limitaciones de Mi Cobertura; Responsabilidad Financiera por los Gastos No Cubiertos. Entiendo que en cualquier situación, un Pagador inicialmente puede negarse a realizar el pago a la Oficina, puede retrasar el pago de una cantidad indefinida o irrazonable de tiempo, o pueden en realidad solicitar un reembolso de la oficina después de hacer el pago y hacerlo en su totalidad o en parte con respecto a cualquier cargo incurrido en la oficina (colectivamente, "Negar el Pago"). Sin limitar lo anterior, entiendo que un Pagador puede Negar el Pago, indicando que los gastos son "un beneficio no cubierto" bajo su póliza o supera alguna otra limitación. Entiendo que un Pagador puede reclamar, basado en criterios internos, que un determinado gasto fue o no era médicamente necesaria o no fue suficientemente documentada y por lo tanto se le debe negar o codificado hacia abajo. Además, entiendo que un Pagador puede requerir ciertos cargos a ser pre-certificada o pre-autorizado. Yo entiendo que puede haber otras situaciones en las cuales un Pagador podrá negar el pago en función de un determinado plazo contractual aplicable a mí o a la Oficina ("Término de No Cobertura"). Al grado permitido según la ley o por el contrato, estoy de acuerdo que soy únicamente y exclusivamente responsable de verificar todos los Términos de la No cobertura antes de la incursión en cualquier Gasto en la Oficina. Además estoy de acuerdo que en el caso de que la Oficina me ayudará en el proceso de verificación, que asumen el riesgo de que el Pagador y/o la Oficina no pueda comprender o no pueda comunicar los Términos de No Cobertura. Si cualquier Pagador Niega el Pago, o si cualquier Pagador probablemente va Negará el Pago así determinado por la Oficina en su propia discreción, yo estoy de acuerdo que soy personalmente, totalmente y inmediatamente responsable de la parte de mis Gastos negados o probablemente de los Gastos que pueden ser negados. En ningún caso haré a la oficina responsable en cualquiera de las instancias anteriores.)

Collection of Higher of Allowed Amounts When Two or More Payers Are Involved. Unless otherwise agreed to in writing, I authorize and direct the Office to submit my Charges, as well as a copy of an Assignment, to any and all Payers including, without limit, my health benefit plan. I understand that some or all of these Payers may utilize fee schedules to which the Office has agreed or as imposed by law

Patient Initials _____
(Iniciales del Paciente)

("allowed fees"). I further understand that the fees allowed or utilized by one Payer may exceed the fees allowed by another Payer. In the event that the fees allowed or utilized by one Payer exceed the fees allowed by another Payer, I hereby authorize and direct the Office insofar as permitted by law to collect its Charges up to, but not in excess of, the higher of the two amounts. In the event that a particular Payer does not utilize any fee schedule at all, I direct the Office to collect up to its full Charges.

(La Colección de Más Alto de Cantidades Permitidas Cuando Dos o Más Pagadores Están Implicados. A menos que se acuerde lo contrario por escrito, yo autorizo y dirijo la Oficina para presentar mis Gastos, así como una copia de una Asignación, a cualquiera y todos los Pagadores incluso, sin el límite, a mi plan del beneficio para la salud. Entiendo que unos o todos estos Pagadores pueden utilizar listas de aranceles con las cuales la Oficina ha estado de acuerdo o como impuesto según la ley ("gastos permitidos"). Además, entiendo que los Gastos permitidas o utilizados por un Pagador pueden superar los Gastos permitidas por otro Pagador. En caso de que los Gastos permitidas o utilizados por un pagador exceden los Gastos permitidas por otro Pagador, yo autorizo y dirijo la Oficina, en tanto, que es permitido según la ley, coleccionar sus Gastos hasta, pero no superior a, el más alto de las dos cantidades. En caso de que un Pagador particular no utilice ninguna lista de aranceles en absoluto, yo dirijo la Oficina para coleccionar los cargos en completo.)

Authorization to Sign My Name on Payments; Transfer of Credit Balances. I authorize the Office to endorse or sign my name on any and all checks listing me as a payee which are received by the Office for payment of Charges incurred by me, my spouse or my dependents. I further authorize the Office to apply any credit balances on my Charges to any other outstanding Charges still owed by me, my spouse, or my dependents, regardless of whether these other Charges are related to my condition.

(Autorización de Firmar Mi Nombre en Pagos; Transferencia de Saldos Acreedores. Yo autorizo la Oficina a endosar o firmar mi nombre en cualquiera y todos los cheques que me listan como un beneficiario, que son recibidos por la Oficina para el pago de Gastos incurridos por mí, mi cónyuge o mis dependientes. Adelante autorizo la Oficina a aplicar cualquier saldo acreedor en mis Gastos a cualquier otro Gasto excepcional todavía debido por mí, mi cónyuge o mis dependientes, sin importar si estos otros cargos están relacionados con mi condición.)

Miscellaneous Provisions. Except as provided in this paragraph, this Agreement shall not be modified or revoked without the expressed, written consent of the Office. I hereby revoke, with the Office's consent, the terms of any previously signed documents, but only to the extent those terms conflict with the terms of this Agreement. I agree that each and every provision of this Agreement is reasonably necessary for the protection of the rights and interests of the Office and myself. However, should any provision of this Agreement be found to be invalid, illegal or unenforceable, or for any reason cease to be binding on any party hereto, all other portions and provisions of this Agreement shall, nevertheless, remain in full force and effect. This Agreement shall be governed under laws of the state where the Office is located, and is performable in the county where the Office is located. In any action based upon this Agreement, my treatment, or my Charges, I hereby consent to personal jurisdiction and venue of any court in said county and waive all objections based on improper jurisdiction, venue, or forum non-conveniens as such term is defined by law. I further waive any statute of limitations which may apply in any action based upon this Agreement, my treatment, or my Charges.

(Provisiones misceláneas. Salvo lo dispuesto en este párrafo, este acuerdo no ser modificado o revocado sin el consentimiento expreso y por escrito de la Oficina. Por el medio revoco, con consentimiento de la Oficina, los términos de cualquier documentos firmados anteriormente, pero sólo en la medida que esos términos entran en conflicto con los términos de este acuerdo. Estoy de acuerdo que todos y cada una de las disposiciones en este Acuerdo es razonablemente necesario para la protección de los derechos y intereses míos y de la Oficina. Sin embargo, si cualquier disposición de este acuerdo se encuentra ser inválida, ilegal o inaplicable o por cualquier razón cese ser obligatorios para cualquier partido a, todas las demás porciones y disposiciones del presente acuerdo, sin embargo, permanecerán en pleno vigor y efecto. Este acuerdo se regirá bajo las leyes del estado donde se encuentra la Oficina y es ejecutable en el condado donde se encuentra la Oficina. En cualquier acción basada en este Acuerdo, mi tratamiento o mis Gastos, por este medio consiento en jurisdicción personal y local de cualquier tribunal en el condado dicho y renuncio todas las objeciones basadas en jurisdicción impropia, local o foro no estando de acuerdo, ya que tal término es definido según la ley. Adelante renuncio cualquier estatuto de limitaciones, que se pueda aplicar en cualquier acción basada en este Acuerdo, mi tratamiento o mis Gastos.)

I have read, understood, and agree to the terms of the Agreement.

(He leído, he entendido y estoy de acuerdo con los términos del Acuerdo.)

Print Patient Name
(Imprima el Nombre del Paciente)

Print Name of Legal Guardian/Custodial Parent
(Imprima el Nombre del Custodial Guarda Paternal o Legítimo)

Patient Signature
(Firma del Paciente)

Legal Guardian/Custodial Parent Signature, if applicable
(Firma del Custodial Guarda Paternal o Legítimo)

_____/_____/_____
Date *(Fecha)*

_____/_____/_____
Date *(Fecha)*

Patient Initials _____
(Iniciales del Paciente)