

## FINANCIAL AGREEMENT

DATE/FECHA \_\_\_\_\_

### PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE

NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_ ACCOUNT/CUENTA # \_\_\_\_\_  
 ADDRESS/DIRECCION \_\_\_\_\_  
 ADDRESS/DIRECCION \_\_\_\_\_ CITY/CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 CONTACT/CONTACTO \_\_\_\_\_ BALANCE/SALDO \$ \_\_\_\_\_  
 HOME PHONE / CELL PHONE / TELEFONOS \_\_\_\_\_

#### FINANCIAL AGREEMENT POLICY

IT IS OUR PREFERRED OFFICE POLICY THAT PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE. HOWEVER, WE UNDERSTAND THAT OCCASIONALLY PATIENTS MAY NEED TO MAKE A TEMPORARY PAYMENT AGREEMENT WHILE RECEIVING NECESSARY MEDICAL CARE.  
 YOUR HEALTH IS OUR FIRST CONCERN AND WE ARE WILLING TO OFFER THE FOLLOWING PAYMENT ARRANGEMENT ACCORDING TO THE TERMS BELOW.

1. THE MINIMUM BALANCE FOR A PAYMENT PLAN IS \$100.00.
2. IF BALANCE IS BETWEEN \$100.00 AND \$300.00: MUST BE PAID WITHIN **THREE MONTHS**.
3. IF BALANCE IS BETWEEN \$301.00 AND \$600.00: MUST BE PAID WITHIN **SIX MONTHS**.
4. IF BALANCE IS BETWEEN \$601.00 AND \$900.00: MUST BE PAID WITHIN **NINE MONTHS**.
5. IF BALANCE IS BETWEEN \$901.00 AND \$1,200.00: MUST BE PAID WITHIN **TWELVE MONTHS**.
6. IF AT ANY TIME THE PATIENT ACCOUNT BALANCE EXCEEDS \$1,200.00, **CENTRAL FLORIDA PAIN & REHAB CLINIC** MAY REQUEST THE FINANCIAL AGREEMENT TO BE REVIEWED, AND THE PERIOD OF TIME FOR TOTAL PAYMENT WILL BE SUBJECT TO CHANGE.
7. THE MINIMUM MONTHLY PAYMENT IS AN EQUAL AMOUNT OF THE TOTAL BALANCE DUE (WHICH DEPENDS ON THE BALANCE DUE).
8. ALL PATIENT ACCOUNT BALANCES MUST BE PAID IN FULL WITHIN THE NOTED DATE.
9. IN THE EVENT THE ACCOUNT BECOMES DELINQUENT FOR A PERIOD OF THIRTY (30) DAYS, THE BALANCE WILL BE DUE IMMEDIATELY, OTHERWISE THE PATIENT WILL BE RESPONSIBLE FOR INTEREST (1.5%), COURT COST, AND/OR ATTORNEY'S FEES INCURRED IN ORDER TO COLLECT THIS BALANCE. **THEREFORE THIS CONTRACT WILL BE NULL AT THAT TIME AND IT IS THE PATIENT RESPONSIBILITY TO CONTACT OUR OFFICE. IF NO RESPONSE IS RECEIVED, THE ACCOUNT WILL BE REFERRED TO A COLLECTION AGENCY.**

#### POLITICA DE ACUERDO FINANCIERO

PREFERIBLEMENTE LOS PAGOS HACIA LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN NUESTRA OFICINA DEBEN SER REALIZADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA. SIN EMBARGO, ENTENDEMOS QUE MUCHAS VECES LOS PACIENTES PUEDEN NECESITAR HACER UN ACUERDO TEMPORAL DE PAGOS MIENTRAS RECIBEN SU TRATAMIENTO MEDICO.  
 SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD Y ESTAMOS DISPUESTOS A OFRECER UN ACUERDO FINANCIERO BAJO LOS TERMINOS RELACIONADOS A CONTINUACION.

1. EL SALDO MINIMO PARA PAGO A CUOTAS ES DE \$100.00.
2. SI EL SALDO ES ENTRE \$100.00 Y \$300.00: DEBE SER PAGADO EN **TRES MESES**.
3. SI EL SALDO ES ENTRE \$301.00 Y \$600.00: DEBE SER PAGADO EN **SEIS MESES**.
4. SI EL SALDO ES ENTRE \$601.00 Y \$900.00: DEBE SER PAGADO EN **NUEVE MESES**.
5. SI EL SALDO ES ENTRE \$901.00 Y \$1,200.00: DEBE SER PAGADO EN **DOCE MESES**.
6. SI EL SALDO EXCEDE LOS \$1,200.00, **CENTRAL FLORIDA PAIN & REHAB CLINIC** REVISARA EL ACUERDO FINANCIERO Y EL PERIODO DE TIEMPO PARA EL PAGO ESTARA SUJETO A CAMBIOS.
7. EL PAGO MINIMO MENSUAL SERA DIVIDO EQUITATIVAMENTE (DEPENDIENDO DEL SALDO EN LA CUENTA).
8. TODOS LOS SALDOS DEBEN SER PAGADOS EN SU TOTALIDAD DENTRO DEL PLAZO SEÑALADO COMO FECHA LIMITE.
9. EN EL CASO EN QUE LA CUENTA SE ENCUENTRE EN MORA POR UN PERIODO DE TREINTA (30) DIAS, EL SALDO DEBERA SER PAGADO DE INMEDIATO, DE LO CONTRARIO EL PACIENTE SERA RESPONSABLE DE PAGAR LOS INTERESES GENERADOS (1.5%), LOS GASTOS DE CORTE, Y/O LOS HONORARIOS DE ABOGADO INCURRIDOS AL TRATAR DE COLECTAR ESTE SALDO. **POR CONSIGUIENTE ESTE CONTRATO SERA NULO Y EL PACIENTE SERA RESPONSABLE DE CONTACTARNOS. SI NO SE RECIBE RESPUESTA ALGUNA POR PARTE DEL PACIENTE, LA CUENTA SERA REFERIDA A UNA AGENCIA DE COLECCION.**

#### ENGLISH

I WILL MAKE **MONTHLY PAYMENTS** OF \$ \_\_\_\_\_ UNTIL THE ABOVE MENTIONED BALANCE ON MY ACCOUNT IS PAID IN FULL.

**BALANCE MUST BE PAID IN FULL BY**

\_\_\_\_\_

BY SIGNING BELOW, THE PATIENT ACKNOWLEDGES THAT HAS READ AND UNDERSTANDS THIS AGREEMENT AND THE ACCOUNT BALANCE REPORT ATTACHED. PATIENT AGREES TO BE RESPONSIBLE AND LIABLE TO THE OFFICE FOR PAYMENT IN FULL OF THE BALANCE IN THE ACCOUNT NUMBER LISTED ABOVE ACCORDING TO THE TERMS OF THIS AGREEMENT.

#### ESPAÑOL

VOY A HACER **PAGOS MENSUALES** DE \$ \_\_\_\_\_ HASTA QUE EL SALDO ESTIPULADO EN MI CUENTA SEA PAGADO EN SU TOTALIDAD.

**SALDO DEBE SER PAGADO EN SU TOTALIDAD ANTES DE**

\_\_\_\_\_

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, EL PACIENTE RECONOCE QUE HA LEIDO Y ENTIENDE ESTE ACUERDO Y LA CUENTA DE COBRO ADJUNTA. EL PACIENTE ACEPTA SER RESPONSABLE Y ESTAR DISPUESTO A PAGAR EL SALDO COMPLETO EN LA CUENTA RELACIONADA ANTERIORMENTE SIGUIENDO LOS TERMINOS DE ESTE ACUERDO.

\_\_\_\_\_  
**PATIENT SIGNATURE** (Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)

\_\_\_\_\_  
**CFPRC SIGNATURE** (Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)