



Acuerdo de Plan de Pago

Este plan de pago se firma entre Millennium Health, LLC (“Millennium”) y el paciente.

Nombre: _____

Fecha: _____

Número(s) de Cuenta de Millennium: _____ (REQUERIDO)

El médico del paciente ordenó pruebas de laboratorio en Millennium para el paciente.
Como resultado, Millennium le facturó al paciente \$ _____ (inserte la cantidad que se debe).

El paciente certifica que el pago completo de esta cantidad será económicamente difícil para el paciente y, por lo tanto, el paciente firma este Acuerdo de plan de pago con el fin de organizar un plan de pago por el importe adeudado a Millennium.

En consideración de que el paciente acepta realizar los pagos como se indica a continuación, Millennium acuerda que no enviará la cuenta del paciente a los cobradores y que no cobrará intereses sobre la cantidad pendiente del importe adeudado a Millennium.

El paciente acuerda que pagará la cantidad de \$ _____ mensualmente* (antes del 10° día del mes) hasta que el saldo se pague por completo.

*El pago mínimo es \$50.00.

Este programa no es un seguro y no está destinado a sustituir un seguro.

Acordado por:

Firma de la Paciente

Fecha

Nombre Impreso

Envíe este Acuerdo firmado a:
Millennium Health, LLC
ATTN: Departamento de Asistencia Financiera
P.O. BOX 841773, DALLAS, TX 75284-4468
o envíelo por fax al 858-217-0332