

# Mosaic Finance Solutions, Inc.

## ACUERDO DE CRÉDITO AL CONSUMIDOR

Este acuerdo explica cómo funcionará su cuenta abierta de la institución de atención de la salud. También explica los términos que tanto usted como nosotros acordamos a seguir en estas cuentas. En este acuerdo, "nosotros" y "nuestro" significa la institución de atención de la salud. "Usted" y "su" significan cualquiera que firme este acuerdo. Mediante la firma de este contrato, usted acuerda hacer lo que dice el acuerdo.

**PROMESA a pagar** Usted se compromete a pagar a nosotros el importe total financiado en virtud de este acuerdo, más los intereses a la tasa de porcentaje anual explicado a continuación, de conformidad con los términos establecidos en el presente acuerdo. En el caso de incurrir en cargos adicionales con el sistema de salud, podemos agregar esos saldos a esta cuenta.

**Estado de cuenta mensual** : Cuando tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos una factura cada mes. La cual mostrará la cantidad que debe a nosotros, que se llama el nuevo saldo. El estado de cuenta también mostrará la cantidad mínima que se comprometió a pagar a nosotros, que se llama el pago mensual mínimo.

**Acuerdo de pago-** Sus pagos se utilizará en primer lugar para pagar cargos financieros y luego a pagar cualquier saldo restante. Usted podrá, en cualquier momento, pagar el saldo de la cuenta en su totalidad. **Nota:** Si usted paga el saldo de su cuenta principal en su totalidad dentro de treinta (30) días, se eliminarán a los cargos de interés. El período de treinta (30) días comienza en la fecha que aparece en la Carta de acuse de recibo que se reciba de finanzas de mosaico. No está permitido ningún otro período libre.

**Sin cuota anual** – no existen cargos por cuota anual.

**Vencimiento de pago mínimo mensual** – El pago mensual mínimo será el 2,5% del nuevo saldo redondeado a la cantidad de dólar más cercana, pero no menos de \$25.00 (o el nuevo saldo completo si tienen menos de \$25.00). El pago mínimo se incrementará con cualquier cargo de cheque devuelto, pagos tardíos y pago mínimo mensual. Podrá en cualquier momento pagar más que el pago mínimo o el saldo en su totalidad. El pago mínimo no disminuirá hasta que el nuevo balance es pagado en completo.

### VERDAD EN DIVULGACIÓN DE PRÉSTAMOS

**Responsables de finanzas** – **A cargo de finanzas** es la cantidad que vamos a añadir a tu cuenta por permitirle pagar a nosotros sólo una parte de los cargos de cada mes. Se agregará un **Cargo de finanzas** al saldo diario de principal, a menos que la cuenta tenga un saldo de cero al final del día. Los **Cargo de finanzas** se basa en un **Porcentaje de tasa anual del**  % , que se aplicará a su balance diario. Vamos a añadir un **Cargo de finanzas** en nuevos cargos facturados a su cuenta, comenzando el día que fueron facturados a su cuenta.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con los términos del acuerdo. Y he sido proporcionado una copia para mis registros.

\_\_\_\_\_  
La fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Numero de cuenta con la Institución de atención de la salud (s)

\_\_\_\_\_  
Paciente/individuo responsable

\_\_\_\_\_  
Institución/departamento de salud

\_\_\_\_\_  
SS #

\_\_\_\_\_  
Por:  
Representante de la institución de atención de la salud

**POR FAVOR CONSULTE AL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**Otros cargos** : Si usted paga su cuenta mediante cheque, y el Banco devuelve el cheque no pagado, usted acepta que podemos añadir un "cargo de" 25.00 dólares a su cuenta conforme a lo permitido por la ley. Si cualquier pago está vencido y pendiente durante diez días o más, se cobrará un cargo final de \$10.00 (diez dólares) a su cuenta.

**Pagos EXCESIVOS** : tengo entendido que en caso de cualquier sobrepagos aceptadas por la compañía de finanzas, dichas cantidades se reembolsarán hacia el acreedor original para aplicarse a cualquier otros saldos pendientes del que soy responsable, o devuelto a mí si no hay ningún saldo pendiente con el acreedor original, del que soy responsable.

**Nuestros derechos:** Si se trata de una cuenta conjunta, cada uno de ustedes será conjuntamente e individualmente responsable del pago de todos los cargos de bienes y servicios proporcionados a usted, a su cónyuge e hijos. Si iniciamos un pleito para recopilar sus cuentas, usted deberá pagar a nosotros todos los costos y gastos de colección incurrieran, incluidos los honorarios del abogado de forma razonable. Podemos limitar o cancelar sus cuentas. Si usted no paga a tiempo, podemos requerir que realice el pago inmediato de la cantidad total que se le debe a nosotros.

**Cesión de cuenta** – Su cuenta de la institución de atención de la salud sera asignada a soluciones de finanzas de mosaico, Inc., y esa compañía recibirá sus pagos y servicio de su cuenta.

**Su dirección** : Si se muda, usted debe proveernos su nueva dirección de inmediato. Los estados de cuenta y avisos a usted se enviará a la dirección del paciente otorgada por el personal de admisión de la institución de atención de la salud, a menos que usted nos notifica de lo contrario

**SUS DERECHOS DE FACTURACIÓN.  
MANTENER ESTE AVISO PARA USO FUTURO.**

Este aviso contiene información importante sobre sus derechos y nuestras responsabilidades en virtud de la Ley de facturación de crédito equitativa.

**NOTIFIQUENOS EN CASO DE ERRORES O PREGUNTAS SOBRE SU FACTURA**

Si cree que su factura es incorrecta, o si necesita más información acerca de una transacción en la factura, escribanos, (en una hoja separada) en la dirección que aparece en su factura. Escribanos tan pronto como sea posible. Nos debemos oír de usted no más tarde de sesenta (60) días después de que le enviamos la primer factura en el que apareció el error o problema. Usted puede llamarnos, pero hacerlo así no conservará sus derechos.

En su carta nos dan la siguiente información:

- Su número de cuenta y nombre.
- El monto en dólares del error sospechosos.
- Describir el error y explicar, si se puede, por qué crees que hay un error. Si necesita más información, describa detalladamente la parte que cree errónea.

**SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DESPUÉS DE  
RECIBIR SU NOTIFICACIÓN POR ESCRITO**

Debemos reconocer su carta dentro de los treinta (30) días, a menos que hemos corregido el error para entonces. Dentro de los noventa (90) días, nosotros debemos corregir el error o explicar por qué la facturafue correcta.

Después de que recibamos su carta, no podemos cobrar la cantidad en cuestion, o reportarle como delincuente. Podemos seguir cobrarle por la cantidad que se cobra, incluyendo los cargos financieros, y podemos aplicar cualquier monto no pagado contra su límite de crédito. No tiene que pagar cualquier cantidad cuestionada mientras que estamos investigando, pero está todavía obligad a pagar las partes de su factura que no estén en cuestion.

Si encontramos que hemos cometido un error en su factura, no tendrá que pagar las cuotas de financiación destinadas a cualquier cantidad cuestionada. Si no existe un error, puede que tenga que pagar cargos financieros, y tendrá que efectuar pagos perdidos en la cantidad en cuestion. En cualquier caso, le enviaremos una declaración de la cantidad que debe y la fecha en que es debido.

Si no paga la cantidad que nosotros establecomos que deba, podemos declarar le como delincuente. Sin embargo, si nuestra explicación no le satisface y nos escribe dentro de diez días, informando que todavía se niegan a pagar, podemos informarle a cualquiera que usted tiene una pregunta acerca de su factura. Y tenemos que informar a usted el nombre de la persona a la que hacemos el reporte. Asimismo debemos informar a esa persona cuando el asunto entre nosotros finalmente sea resuelto.

Si seguimos estas reglas, no podemos cobrar los primeros 50 dólares de la cantidad cuestionada, incluso si la factura fue correcta.

**MOSAIC FINANCE SOLUTIONS, INC.  
PO BOX 26152  
GREENSBORO, NC 27402  
Número de teléfono gratuito: 1-866-869-8552**