

Santa Lucia Medical Group, Inc Family Medicine

Poliza Financiera

Es nuestra poliza informarles nuestros procedimientos de pago. Favor de revisar el párrafo que le corresponda a usted.

- **Pacientes sin aseguranza:**

Favor de pagar por su visita el mismo dia de su consulta. Credito se le dara a las personas que hayan pagado sus primeras cinco visitas, o \$300.00 de su bolsillo. Las cuentas deben pagarse cuando reciba la factura, cual mandamos cada dia 15 del mes.

- **Pacientes con aseguranza con la que si tenemos contrato:**

Usted es responsable de proveernos su tarjeta de aseguranza antes de consultar con el doctor. Si tenemos la información apropiada a tiempo, como cortesía mandaremos cobrar a su aseguranza. Usted es completamente responsable de pagar la cuenta si su aseguranza no responde antes de 90 días de que sea cobrado. Debe pagar todo co-pago, deducible, y servicios que su aseguranza no cubra, el mismo dia de su consulta. Se le cobrara la porción estimada que sea responsabilidad de acuerdo a nuestro contrato con su aseguranza. Saldos deben pagarse en cuanto reciba la factura.

- **Pacientes con aseguranza con la que no tenemos contrato:**

No somos participantes de su aseguranza. Por favor pague sus visitas el dia de su cita. Puede establecer crédito después de pagar sus primeras 5 consultas o los primeros \$300.00 de su bolsillo. Cuentas deben pagarse en cuanto reciba su factura, cual mandamos cada 15 del mes. No seremos responsables de mandar cobrar a su aseguranza por lo tanto, debe pedir una copia de su cuenta a la salida.

Es la póliza de Santa Lucia Medical Group, Inc. obtener número de seguro social del responsable. Por seguridad también requerimos una identificación de uno de los padres o guardián.

No aceptamos HMO's, Worker's Compensation (lastimaduras en el trabajo, o cualquier síntoma que se relacione con el trabajo), lastimaduras involucrando a terceras personas responsables a pagar, Medicare, o Medi-cal. Como cortesía mandaremos los cobros a aseguranzas secundarias, si es que tenemos la información necesaria. Si su aseguranza secundaria no paga a los 90 días, usted es responsable de pagar el balance. Se le aumentara el 1.5% de interés mensual a su cuenta.

Solicito que pagos de mi aseguranza sean directamente a Santa Lucia Medical Group, Inc. por todos los servicios que reciba por la misma. Autorizo a Santa Lucia Medical Group, Inc. de proveer a mi aseguranza cualquier información necesaria para determinar beneficios y pagos.

He leído y acepto esta Poliza Financiera, asignación de beneficios, y de proveer cualquier información para determinar beneficios y pagos.

Nombre del paciente:

_____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o persona responsable a pagar:

_____ Fecha: _____