



Reglas Financieras

La meta de nuestra clínica es de proveerle con cuidado de salud de calidad a un precio razonable. El Distrito Sur Central de Salud Pública (SCPHD) no es una clínica gratuita. Tenemos un número limitado de honorarios disponibles en una escala móvil basada en los ingresos y el tamaño de familia. Para poder mantenernos a un precio razonable, dependemos de que usted haga pagos a tiempo por los servicios y abastecimientos. En un esfuerzo para lograr esto, hemos implementado un acuerdo financiero. Este acuerdo financiero es la responsabilidad de todos nuestros clientes.

ACUERDO FINANCIERO

Lo que esta a continuación es el acuerdo financiero, el cual pedimos que lea y firme antes de recibir tratamiento.

- Se espera un pago total al momento de recibir el servicio, incluyendo medicinas
EXCETO: Ofrecemos un plan de pago aprobado con anticipación
- Aceptamos pago en efectivo, cheques, algunas tarjetas de crédito, Medicaid y seguro médico privado.
- Se agradecen donaciones por todos los servicios.
- No se le niegan servicios a nadie que reciben vacunas para los niños (VFC) debido a la incapacidad de pago.
- El balance de se cuenta no le afecta papa poder seguir recibiendo servicios.
- Su cuenta puedé ser enviada a una agencia de colección de pago si el pago no ha sido recibido 120 dias después del primer cobro y estado de cuenta de esta agencia.
- Podemos ajustar su cuenta para corregir cualquier error de facturación encontrada después del tiempo de servicio.

ACERCA DE SU ASEGURANZA MÉDICA

- Todos los clientes deben completar un Acuerdo Financiero antes de recibir servicios. Por favor presente su seguro médico y/o Medicaid al registrarse.
- SCPHD facturara a su compañía de seguro para usted, y el pago puede venir directamente a SCPHD
- Actualmente no estamos participando en cada Plan de Proveedores disponible. Usted puede utilizar nuestros servicios, pero le recomendamos que consulte con su compañía de seguros sobre que servicios están cubiertos
- Ya sea que su seguro pague o no, el balance de la cuenta es responsabilidad suya.
- Si su compañía de aseguraza no paga la cuenta en un tiempo razonable, el balance será transferido automáticamente a su plan de pago.
- Por favor este consciente que algunos o talvez todos los servicios que sean proveídos, no estén cubiertos o no sean considerados razonables o necesarios bajo su programa de seguro médico.
- No se puede garantizar la confidencialidad, puede suceder que cobros de seguro sean enviados a los padres guardián o esposo(a)- quienes talvez sean poseedores del seguro medico.
-

Nombre

Relación con cliente

Nombre

Relación con cliente

He leído la regla financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta regla. También entiendo que soy responsable por los servicios no cubiertos por Medicaid y seguro medico. Yo autorizo que se de a conocer la información médica que sea necesaria para procesar demandas médicas y autorizo pago de beneficios al SCPHD Suroeste.

Firma

Fecha