

PÓLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE

El pago complete se debe efectuar al momento de que se prestan los servicios.

Medi-Cal y/o Medicare

Favor de proveernos su tarjeta de Medi-cal y/o Medicare en cada visita. Si usted tiene una cantidad que tiene que pagar o una repartición del seguro medico, se cobrará al momento del servicio.

Seguro médico privado

Favor de proveer una copia de su tarjeta de seguro médico en cada visita. Todo los co-pagos y deducibles serán recibidos al momento del servicio.

Pacientes sin seguro médico

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de Visa, MasterCard y tarjeta de débito ATM. Ofrecemos un programa de descuentos para las personas que califiquen. Favor de preguntar a la recepcionista por más información acerca de este programa. Todos los pagos del programa de descuento también serán cobrados al momento del servicio.

Programa de descuento de tarifa variable

Ofrecemos un descuento de tarifa variable basado en el ingreso y el tamaño de la familia para todos los pacientes que califican. Todos los pagos de tarifa móviles (cantidad nominal o cantidad fija) se deben al momento del servicio. Se me explico y me ofreció el Programa de descuento de tarifa variable. Entiendo que puedo presentar una solicitud en cualquier momento, si así lo elijo, y que puedo calificar según los ingresos y el tamaño de la familia.

Programas fundados por el gobierno

Ofrecemos diferentes programas fundados por el gobierno en los cuales usted podría calificar. Por favor, pregunte a la recepcionista para obtener información adicional.

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado médico. Favor de avisarnos si usted tiene preguntas o preocupaciones. Al firmar, usted reconoce y acepta nuestra **Póliza Financiera del Paciente**.

Firma del Paciente o Persona responsable

Fecha

Firma del Partido Co-Responsable

Fecha

VHT INTERNAL USE ONLY	PATIENT DECLINED SFDP		
INITIAL & DATE	PATINET WAS GIVEN APPLICATION FOR SFDP		