

Información de Factura y Aplicación para el Programa de Descuentos Declaración anual de Ingresos

Calidad del cuidado medico es la prioridad del paciente al buscar la atención médica. Esta también es nuestra prioridad. Usted encontrara que nuestros precios son comparables a otras oficinas medicas en esta área y los cobros son mas bajos que esos cargos de las salas de urgencias del hospital. Si usted califica para el programa de descuento se aplicara a una variedad de servicios.

Aceptamos; Medicare, Medi-Cal, Denti-Cal, y la mayoría de seguros médicos. Usted puede calificar para el programa de descuento. También tenemos programas especiales para planificación familiar, cuidado prenatal, vacunas, físicos para la escuela, y cuidado mental. Pago es requerido cuando usted reciba servicios médicos. Todos los deducibles tienen que ser pagados al tiempo de la visita. Cualquier cobro no cubierto por su seguro será responsabilidad del paciente.

El no cancelar citas con anticipación impide servios a otros pacientes. Para cancelar su cita tiene debe llamar 24 horas antes para prevenir un cobro de **\$20.00 dólares.**

Traiga con usted a un adulto para cuidar de sus hijos si planea traerlos a su cita.

Si usted tiene Medicare o seguro privado necesita traer su tarjeta para que cubra su citas medica. Si su seguro no cubre el servicio proporcionados por la clínica, usted puede ser elegible para el programa de descuento.

Si usted tiene Medi-Cal, usted debe traer siempre su tarjeta de Medi-cal a todas sus citas. Para que verifiquemos elegibilidad.

Si usted tiene preguntas referentes a su factura/cobros usted debe venir personalmente y hablar con el representante de cuentas antes de los 30 días al recibir su cobro al no cumplir con su cuenta puede arriesgar el ir a las colecciones.

Yo he leído la información de cobros y acepto responsabilidad por los servicios que he recibido.

Firma: _____ Fecha: _____

Para calificar para el programa de descuento favor de completar lo siguiente:

DECLARACION: Yo, _____, no puedo proporcionar a la clínica de San Benito Health Foundation la documentación requerida de mis ingresos, pero declare que la información que he proporcionado es verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

Ingreso de casa: \$ _____ sem/quín/mes/año Numero en Familia: _____

Verificación de Información: 2011/2012 Federal/Impuesto de estado
Desempleo/Incapacidad
W-2 Formas/Workmen's Comp.
Talón de Cheque

Testigo Empleado: _____ Fecha: _____