

**Santa Lucia Medical Group, Inc.**  
**Family Medicine**

**Regla Financiera**

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

Favor de pagar por su visita el mismo día de su consulta. Credito se le dará 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 15 del mes.

Usted es responsable de proveernos su tarjeta de aseguranza antes de consultar con el doctor. Si tenemos la información apropiada a tiempo y tiene doble cobertura, como cortesía mandaremos cobrar a su primaria y secundaria aseguranzas. Usted es completamente responsable de pagar la cuenta si su aseguranza no responde antes de 90 días de que sea cobrado. Para su record, guarde sus "Explanation of Benefits" que su aseguranza le manda. Debe pagar todo co-pago, deducible, y servicios que su aseguranza no cubra, el mismo día 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.

No somos participantes de su aseguranza. Por favor pague sus visitas el día 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 poliza 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, Workers Compensation (lastimaduras en el trabajo, o cualquier síntoma que se relacione con el trabajo), lastimaduras involucrando a terceras personas responsables a pagar, Medi-care, o Medi-cal.

La factura se manda por correo cada 15 del mes. Se le aumentara el 1.5% de interés mensual a su cuenta si tiene balance. Hay un cobro de \$25.00 por cheques sin fondos.

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: \_\_\_\_\_