

**SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.**  
**患者的財政政策**  
**(PATIENT FINANCIAL POLICY)**  
**TAX ID: 95-4282339**

我們致力於為您提供最好的照顧和服務，并把你完全理解你的責任視為對你護理的一項重要內容。以下是我們財政政策的聲明，為減少我們的患者和實踐間的混淆和誤解，我們要求您在接受任何治療前閱讀并簽署。如果您有任何關於這些政策的問題，請與我們的前臺人員或主管討論。

- 我們事先與許多健康計劃有所安排以接受利益分配。這意味着，我們會向這些與我們有協議的計劃送帳單，并且只需要您支付授權的合作支付、免賠額和/或在接受服務時的共同保險。在服務時收取共同支付是我們的政策。
- 如果您沒有通知我們任何保險的變化，您要完全負責您的保險公司不支付的任何金額。
- 在您的健康計劃確定服務“不覆蓋”，“非醫療必要”或“不授權”的情況下，您將負責全部費用。費用在收到我們辦公室的聲明時支付。如果您不同意保險公司的決定，您必須直接聯系您的保險公司。
- 您的保單是您和您的保險公司之間的合同，本醫療網不參與。
- HMO 和一些其它保險需要一個正式的轉介或授權書。如果我們在服務時沒有收到這些，您會被要求簽署一份《豁免責任書》和可能被期待支付保證金。
- 如果您有未定的加州醫療補助計劃（Medi-Cal）覆蓋，我們需要在服務時收取 50 美元的保證金。如果您提供一個能包括您的服務日期，具有追溯效力的 Medi-Cal 卡，我們將退還您的押金。
- 為了提供最好的服務和可供性給我們所有的患者，請盡快致電我們，如果您需更改預約復診時間。如果您不在 48 小時前取消或重新安排您的預約，您將會有一個 25 美元的取消費。

額外服務如化驗和遺傳諮詢是一個額外的費用，您將會被單獨計費。

簽署人已閱讀并理解上述條款和條件。

---

財務負責人簽名

日期

---

請用正楷填寫患者姓名