

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.
POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE .
TAX ID 95~4282339

Estamos dedicados a proporcionarle el mejor cuidado y servicio posible, consideramos su comprensión completa de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado. Lo siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera para reducir la confusión y la equivocación entre nuestros pacientes y la practica. que nosotros-le requiremos le firme antes de cualquier tratamiento. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a estas pólizas , por favor dirija se con nuestro personal o supervisor.

- Hemos hecho los arreglos previos con varios planes de salud para aceptar una tarea de beneficios. Esto significa que facturaremos esos planes con los cuales tenemos un arreglo y solo se le requiere pagar co-pago, deducibles y/o co-seguro al tiempo servicio. Es nuestra póliza de recoger el co-pago al tiempo de servicio.
- Si usted falla de notificamos de un cambio de seguro, usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagado por su compañía de seguros.
- En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no ser cubierto", "no médicamente necesario" o "no autorizado", usted será responsable de los cargos por completo. El pago es debido tras recibir la factura de nuestra oficina. Si usted esta en desacuerdo con la compañía de seguro, usted debe contactar su compañía de seguros directamente.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, nuestra oficina no se involucra.
- Segura medico global y algunos otra seguros requieren una forma de referencia y/o la forma de autorización oficial . Si nosotros no lo hemos recibido en nuestra oficina en el tiempo del servicio, usted será requerido a firmar una Renuncia de Forma de Responsabilidad y un deposito del pago se puede esperar.
- Si usted tiene el Medi-Cal pendiente, nosotros requerimos \$ 75.00 de depósito en el tiempo del servicio. Si usted proporciona una tarjeta de Medi-Cal retroactiva que cubre su fecha del servicio, nosotros regresaremos su depósito.
- Para proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad a todos nuestros pacientes, por favor nos llaman lo mas pronto posible si usted sabe que necesita cambiar su cita. Hay una tarifa de \$25 por cancelar si usted no cancela su cita sin antes de notificamos 48 horas previas.

Servicios adicionales tales como laboratorio y consejera genética son un cargo adicional y usted será facturado separadamente.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO Y ENTIENDE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ARRIBA

Firma de la Persona Financieramente Responsable

Fecha

Favor de Imprimir el Nombre del Paciente