

# Spanish Hills Medical Group

1901 Outlet Center Drive Suite 200

Oxnard, CA. 93030 (805) 981-8300

---

## Política Financiera

**Gracias por escoger a Spanish Hills Medical Group para su cuidado medico. A continuacion le mostraremos nuestra politica financiera que requerimos que lea y firme antes de su tratamiento.**

**Pacientes que tienen copagos por su visita medica les requerimos que la cantidad sea pagada el dia de la visita.** Aceptamos efectivo, cheque, mastercard, visa, american express y discover.

**Pacientes son responsables de saber y entender sus beneficios,** incluyendo deducibles y copagos. Por favor verifique sus beneficios con su aseguranza para determinar su responsabilidad antes de su visita.

**Pacientes tienen que informar a la oficina de su nueva aseguranza,** incluyendo copias de su tarjeta. Si usted no tiene la informacion, usted sera responsable por la visita. La oficina tratara de verificar su cobertura. Si por alguna razon no podemos verificarla, usted sera responsable por la visita. Si despues la aseguranza hace pagos a nuestra oficina, a usted se le devolvera lo que pago.

**Si hay algun balance despues que la aseguranza haya pagado,** usted recibira un cobro de nuestra oficina. Todo el balance tiene que ser pagado en 30 dias despues de haber recibido su factura. Cualquier balance que no haya sido pagado en 90 dias, seran considerados delinquentes y seran mandados a coleccion. Podemos incluir cobros adicionales de coleccion y probablemente despido de la oficina de **SHMG**; solo que hayan hecho arreglos con el departamento de cobros en avance.

**Pacientes que no tienen aseguranza** sera requerido que hagan su pago por la consulta el dia de la visita, procedimientos, inyecciones etc. Cualquier balance no pagado despues de 90 dias sera mandado a coleccion y despido de la oficina como paciente de **SHMG**; solo que haya hecho arreglos con el departamento de cobros en avance.

**Compesacion al trabajador:** Spanish Hills Medical Group no trata ni cobra a la compesacion del trabajador. Su empleador le provera a usted informacion de un medico por cualquier accidente que usted haya sufrido en el trabajo, estres o problemas mentales relacionados con el trabajo.

**Citas NO Canceladas: Efectivo Julio 01, 2016 habra un cobro de \$50.00 por citas no canceladas. Requerimos 24 horas antes de su cita para cancelar.**

---

He leido y entiendo la Política Financiera. Yo entiendo y acepto la responsabilidad de la política financiera tambien acepto responsabilidad de mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Numero de cuenta#

