



INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y TARIFA DESLIZANTE ELEGIBILIDAD DECLARACIÓN DE INGRESOS ANUALES

La calidad de la atención es la primera prioridad del paciente cuando busca atención médica. En Clínica de Salud del Valle de Salinas, esta es nuestra prioridad también. También encontrará que nuestros honorarios son comparables a otros consultorios médicos en el área y generalmente son significativamente más bajos que los cobros por las salas de emergencia de los hospitales. Además, puede ser elegible para un descuento en las tarifas que cobramos o, si califica, puede ser elegible para una escala móvil de tarifas, que se aplicará a una variedad de servicios que brindamos.

Nuestras prácticas de facturación

Aceptamos Medicare, Medi-Cal, Denti-Cal y muchos planes de seguro públicos y privados. Dependiendo de los requisitos de elegibilidad y facturación, se espera el pago al momento de la prestación de los servicios. Todos los copagos deben pagarse antes de que se presten los servicios. Cualquier cargo no cubierto por un tercero pagador será su responsabilidad.

Si tiene Medicare o un seguro privado que cubre las visitas al médico, siempre debe traer su tarjeta de seguro. Si tiene Medi-Cal, siempre debe llevar su tarjeta de información de beneficios (BIC) de plástico a sus citas. Si su seguro no cubre los servicios prestados por la clínica, puede ser elegible para un descuento, pero el monto que no está cubierto será su responsabilidad.

En el momento de su visita, recaudaremos cualquier copago requerido antes de su cita programada, lo cual se hará de acuerdo con su descuento o elegibilidad de escala móvil. Si alguna vez necesita cancelar una visita, debe llamar a veinticuatro (24) horas de anticipación.

Si tiene alguna pregunta sobre el monto de las tarifas que le cobran, debe comunicarse con el departamento de Facturación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del estado de cuenta.

Descuentos y escala de tarifa variable

Ya sea que tenga o no cobertura de seguro, puede calificar para un descuento de escala móvil u otro descuento ofrecido por la clínica. Tenemos programas de descuentos especiales para pacientes elegibles en planificación familiar, atención prenatal, optometría, atención dental, cuidado de niños sanos, vacunas, exámenes físicos de salud escolar y salud conductual. Para determinar si califica para la escala móvil de tarifas o para un descuento, proporcione la información solicitada a continuación y entréguela al personal de recepción en esta oficina.

Tenga en cuenta: tenemos un acuerdo con Foundation Labs para proporcionar a los pacientes elegibles un descuento de tarifa variable para los servicios de laboratorio; Si elige usar un laboratorio diferente, será responsable del costo total de los servicios de laboratorio.

Ingresos e información del hogar

Las pautas federales requieren que obtengamos información sobre el ingreso y el tamaño de la familia para TODOS los pacientes. Se le pedirá que proporcione esta información. Se le evaluará automáticamente la elegibilidad de la tarifa variable con la información que proporcione. Si elige no proporcionar esta información, es posible que no sea elegible para descuentos.

Información de Ingresos y del hogar del Paciente y Evaluación de Descuento de Tarifa Móvil

Por favor complete lo siguiente:

SECCION 1:

Ingresos de Hogar: \$ _____

Ingreso de Hogar es:

 Semanal Quincena Semi-Mensual Mensual Anual

Tamaño de Familia: _____

Una vez completado, siga a la Sección 2.
 Marque esta casilla si no desea informar sus ingresos ni su información de hogar.

Nota: Perderá todos y cada uno de los derechos de descuento de tarifas móviles si no proporciona información sobre ingresos y información de hogar. Siga a la Sección 4.

SECCION 2:

Complete esta sección si tiene comprobante de ingresos. Si no, siga a la Sección 3

Los siguientes documentos pueden ser proporcionados para verificación de información.

Marque la caja de documentos que se utilizaran:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración de Impuestos federal/estatales | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Forma W-2 | <input type="checkbox"/> Compensación de lastimadura de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Talón de Cheque | <input type="checkbox"/> Forma 1099 |

*Una vez completado, siga a la Sección 4.***SECCION 3:**

Complete esta sección si no tiene comprobante de ingresos.

AUTO-DECLARACION: Yo, _____, no puedo presentar la documentación de ingresos solicitada, pero atestiguo el hecho de que la información que proporciono a continuación es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

*Una vez completado, siga a la Sección 4.***SECCION 4:**

He leído este documento y acepto la responsabilidad financiera por los servicios recibidos.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento de Paciente: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Testigo de Empleado: _____ Fecha: _____

Número de Expediente Médico: _____

Categoría de descuento cual Paciente califica: _____



BILLING INFORMATION AND SLIDING FEE SCALE ELIGIBILITY ANNUAL INCOME DECLARATION

Quality of care is a patient's first priority when seeking medical attention. At Clínica de Salud del Valle de Salinas this is our priority too. You will also find that our fees are comparable to other medical offices in the area and generally are significantly lower than those charged by hospital emergency rooms. In addition, you may be eligible for a discount on the fees we charge or, if you qualify, you may be eligible for a sliding fee scale, that will apply to a variety of services that we provide.

Our Billing Practices

We accept Medicare, Medi-Cal, Denti-Cal, and many public and private insurance plans. Depending on eligibility and billing requirements, payment is expected at the time services are rendered. All co-payments must be paid before services are provided. Any fees not covered by a third-party payer will be your responsibility.

If you have Medicare or private insurance that covers doctor's visits, you should always bring your insurance card with you. If you have Medi-Cal, you should always bring your plastic Benefit Information Card (BIC) to your appointments. If your insurance does not cover services provided by the clinic, you may be eligible for a discount, but the amount that is not covered will be your responsibility.

At the time of your visit, we will collect any required co-payment before your scheduled appointment, which will be in accordance with your discount or sliding fee scale eligibility. If you ever need to cancel a visit, you must call twenty-four (24) hours in advance.

If you have any billing questions about the amount of the fees you are charged, you must contact the Billing department within thirty (30) days after you receive the billing statement.

Discounts and Sliding Fee Scale

Whether or not you have insurance coverage, you may qualify for a sliding fee scale discount or other discount offered by the clinic. We have special discount programs for eligible patients in family planning, prenatal care, optometry, dental, well-child care, immunizations, school health physicals, and behavioral health. To determine if you qualify for the sliding fee scale or for a discount, please provide the information requested below and give it to front desk staff, in this office.

Please note: We have an agreement with Foundation Lab to provide eligible patients with a sliding fee discount for lab services; if you choose to use a different lab, you will be held responsible for the full cost of lab services.

Income and Household information

Federal guidelines require us to obtain income and family size information for ALL patients. You will be asked to provide this information. You will be automatically screened for sliding fee eligibility with the information you provide. If you choose not to provide this information you may not be eligible for discounts.

Patient Income and Household Information and Sliding Fee Discount Screening

Please complete the following:

SECTION 1:

Household Income: \$ _____

Household Income is:

Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly Yearly

Family Size: _____

When all fields are complete, go to section 2.

Please check this box if you do not want to report your income and household information

Note: You will forfeit any and all sliding fee discount rights if you do not provide income and household information. Please go directly to Section 4.

SECTION 2:

Fill-out this section if you have proof of income. If you do not go to Section 3.

The following documents may be provided for Verification of Information.

Mark box of document(s) to be used:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Federal/State Income Tax Returns | <input type="checkbox"/> Unemployment/Disability Benefit Awards |
| <input type="checkbox"/> W-2 Forms | <input type="checkbox"/> Workers' Compensation |
| <input type="checkbox"/> Paycheck Stubs | <input type="checkbox"/> Form 1099 |

Once complete, go to section 4.

SECTION 3:

Fill-out this section if you do not have proof of income.

SELF-DECLARATION: I, _____, am not able to produce the requested income documentation, but attest to the fact that the information I am providing below is true to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

Once complete, go to section 4.

SECTION 4:

I have read this document and I agree to accept the financial responsibility for services rendered.

Signature: _____ Date: _____

Patient Name: _____ Patient Date of Birth: _____

MR# _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Employee Witness: _____ Date: _____

Medical Record Number: _____

Discount Category Patient Qualified For: _____