



## VACUNAS PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO Y CITAS

El objetivo de nuestra clínica es para ofrecerle atención médica de calidad a un costo razonable. Departamento de Salud del Distrito Central **no es una clínica gratuita**. Algunas tarifas se ofrecen en una escala móvil basada en ingresos y tamaño de la familia. Para que siga siendo asequible, depende de usted para hacer los pagos del sistema de servicios. En un esfuerzo por hacer esto, hemos implementado una Política Financiera. Esta Política Financiera comparte la responsabilidad entre todos nuestros clientes. Al escribir sus iniciales en las líneas de abajo usted reconoce que ha leído, entendido y está de acuerdo con estos términos.

### Entiendo al Departamento de Salud del Distrito Central

- No se negaran los servicios por no poder pagar
- Acepta dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito, Medicaid y seguros privados
- Ofrece un plan de pago. Pagos menos de \$30.00 en tres meses resultaran en una agencia de colección.
- Continuaran dándome los servicios aun cuando tenga un balance de la cuenta
- No cobran por las vacunas, salvo el VPH y la tuberculosis (por favor preguntar acerca de las excepciones)
- Cargos administrativos por cada vacuna

**Compañías de seguros privados y/o Medicaid:** Por favor, lea la siguiente información que será importante para usted si usted está actualmente cubierto por una empresa privada de seguro medico y/o Medicaid.

- Por favor presente su seguro y/o tarjeta de Medicaid en el mostrador de recepción.
- El Departamento de Salud del Distrito Central le factura a su proveedor de seguros de salud por usted para que y el pago pueda llegar directamente al Departamento de Salud.
- **Usted es responsable por todos los servicios que no sean pagados por el seguro medico incluyendo el deducible y pago compartido (co-pago).**
- Su información médica, necesaria para procesar su reclamo, se le proporcionarán a su proveedor de seguro medico.
- No somos un proveedor de Medicare y no podemos facturar a Medicare por los servicios.
- **Al usted aceptar los servicios que se le han proveído hoy, usted está de acuerdo que es el responsable por todos los cargos que no sean pagados por su compañía de seguros.**
- Después de recibir la explicación de beneficios de su compañía de seguros o después de recibir el cobro de parte de nosotros, por favor llámenos al (208)327-8594 si tiene alguna pregunta acerca del balance de su cuenta.

**Póliza de citas:** Vamos a hacer todo lo posible para darle las citas que se ajusten a su horario y necesidades médicas. Le pedimos que nos deje saber sobre cancelaciones o cambios de su cita dentro de veinticuatro horas de anticipación llamando al **327-7450** de Boise, 634-7194 de McCall, o de 587-4407 de Mt. Home.

Por la presente reconozco que se me dio una copia y lo he leído o me han explicado el Departamento de Salud del Distrito Central de Vacunas y Póliza de Financiamiento y Citas.

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_