

Patient Name/DOB: _____

Ticket Number: _____

Bienvenido a Marana Health Center, donde nuestro personal capacitado profesionalmente se compromete a proporcionarle a usted la más alta calidad de servicio médico. Esta es una declaración de nuestra auto-política salarial, que nosotros necesitamos que usted lea y firme antes de recibir el tratamiento médico.

Le avisamos que si usted es un nuevo paciente, se le aplicara un cargo entre \$110 a \$281. Los cargos de un paciente establecido varían entre \$66 a \$201. Los cargos son en base a la complejidad de su visita. Estos cargos están antes de cualquier lista de descuento que se encuentran a continuación. Si usted no puede realizar el pago estimado el día de hoy, nosotros requerimos un abono inicial de al menos el 50%.

Yo comprendo que como un paciente de auto-paga, yo tengo las siguientes opciones para pagar el balance de la visita al Doctor del día de hoy. (Por favor, escriba sus iniciales en la opción que usted desee):

- _____ Puedo pagar el balance estimado y recibir un 30% de descuento por el servicio el día hoy
-O-
- _____ Puedo pagar \$_____ (Se requiere al menos el 50% del balance total) de depósito el día de hoy y el resto del balance dentro de 30 días y recibir un descuento del 20%.
-O-
- _____ Puedo pagar un mínimo de \$_____ de depósito el día de hoy, y me pondré en contacto con el departamento de facturación dentro de tres (3) días al número 520-818-3616 para hacer los arreglos de pago necesarios.

Yo estoy de acuerdo y entiendo que puede haber cargos adicionales a la visita del día hoy por laboratorio, rayos x, vacunas, pruebas, etc. Yo entiendo que si existe algún cargo adicional, yo recibiré una factura con el saldo pendiente y me comprometo en saldar todos los cargos adicionales que se me hayan agregado.

(Escriba sus iniciales en la parte de abajo y alguna opción aplica a usted):

_____ Yo tengo una aplicación pendiente con AHCCCS, y estoy de acuerdo que si no califico para AHCCCS, yo seré responsable del total del balance.

_____ Yo tengo una cita calendariza con el programa Outreach de Marana Health Center la fecha _____ para revisar mis finanzas y aplicar o renovar al programa de descuento (Sliding Fee Scale) o asistencia federal (AHCCCS). Yo entiendo que de no calificar para alguno de estos programas, yo tendré que pagar el adeudo pendiente en la cuenta.

Autorización y Liberación

Yo he leído y comprendido completamente la forma de auto-paga financiera tal y como se ha planteado en esta forma. En caso de ser necesario de mandar mí cuenta al departamento de cobranza. Yo estoy informado que soy responsable de cualquier tipo de gasto en relación con el proceso de cobranza.

Yo estoy firmando esta forma comprendiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que han sido proporcionados a mi persona, a mis dependientes o a cualquier otra persona en la que yo he asumido responsabilidad financiera.

Nombre del Paciente o persona responsable
en letra de molde

Localidad de MHC Healthcare

Firma de Paciente Fecha
Persona Responsable

Firma del Empleado Fecha
de MHC