



Acuerdo para el Programa de Tarifa de Pago de Escala Móvil

Estoy de acuerdo que la siguiente información se me ha explicado y que yo seguiré TODAS las reglas del programa. Yo entiendo que:

1. Servicios que son elegibles bajo otros programas tal como CHDP (Programa de Seguro Médico para Niños), PACT- (Planificación Familiar), EWC-(Detección de Cáncer de Seno y Papanicolao), Medi-Cal, Medicare y otros no son cubiertos bajo este programa.

2. Sólo servicios que son medicamento necesarios y ordenados por los proveedores de salud de la Clínica LK Health son cubiertos bajo este programa.

3. Algunos procedimientos en la oficina pueden no ser cubiertos por este programa como Electrocardiogramas, Ultrasonidos, Tratamientos de Nebulización, Lavado de Oído, remover unas, remover verrugas, Laceraciones etc... Si el procedimiento no es cubierto, el personal de recepción le explicara y asistirá con los detalles.

4. Servicios de laboratorio, que sean realizados dentro de la clínica están cubiertos bajo este programa como son Hemoglobina, Examen de Orina, Examen de Estreptococo y Prueba de embarazo en orina. También algunas inyecciones como Rocephin, Toradol y Decadron están cubiertas bajo este programa.

Servicios de laboratorios fuera de la clínica se ofrecen sobre una escala de tarifa basado en cinco (5) Categorías. La oficina de recepción le explicara los detalles.

Medicamentos recetados por el proveedor medico también pueden ser incluidos si se dispensan en la Clínica LK Health. El equipo clínico se esfuerza en utilizar los Formularios de \$4 y/o Programas de Asistencia a Pacientes para otros medicamentos cuando sea posible.

5. El programa no cubre servicios que se presten fuera de nuestras instalaciones en hospitales u otras instalaciones médicas.

6. La fecha de vigencia de mi participación en este programa se decide por la oficina de recepción de la Clínica LK Health. Una vez que califique, la inscripción es buena por doce (12) meses. Si no tengo ingresos, la inscripción se vencerá en tres meses y será evaluado de nuevo.

7. Yo acepto notificar a la Clínica si el nivel de ingresos o el número de personas en mi hogar cambian antes del tiempo de re-inscripción para mi/nuestra participación en el programa.

8. Si al momento de la inscripción no tengo pruebas de mi ingreso, estoy obligado a traer toda la documentación de prueba de ingresos en un periodo de treinta (30) días. También entiendo que un empleado de la Clínica puede solicitar verificación de los ingresos en cualquier momento durante mi/nuestra participación en el programa.

9. El pago de la Tarifa de escala móvil se requiere por cada visita al momento en que se brinden los servicios médicos.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprima su Nombre: _____