



**Lake Health District**  
Quality Care Close to Home

Lake District Hospital  
Lake Health Clinic  
Lake Health Specialty Clinic  
Home Health & Hospice  
Lake County Public Health  
Lake District Wellness Center & Prevention

**Acuerdo de arreglo de pago**

Lake Health Clinic aceptará pagos mensuales cuando se hayan agotado todas las demás opciones de pago. El monto mínimo de pago mensual se basa en las pautas programadas adoptadas por la Junta Directiva.

<u>Saldo de la cuenta</u>	<u>Pago mínimo</u>	<u>Plazo de Pagos</u>	<b>**TENGA EN CUENTA:</b> Debido a que Lake Health Clinic está respaldado por dólares de los impuestos del condado, la Junta Directiva estableció la política de pautas de pago mínimo para permanecer imparcial. El Representante de Servicios al Paciente NO tiene la autoridad para desviarse del programa de pago mínimo establecido. Si su pago mínimo crea una dificultad financiera para usted o su familia, se le recomienda completar una solicitud de asistencia financiera. Puede obtener una solicitud en línea o de Servicios al paciente.
\$50.00 o menos	Pago completo	En el momento del Servicio	
\$50.01 - \$1,000	\$83.00 Mensual	12 Meses	
\$1,000.01 - \$3,000	\$167.00 Mensual	18 Meses	
\$3,000.01 - \$6,000	\$250.00 Mensual	24 Meses	
\$6,000.01 - \$10,500	\$300.00 Mensual	36 Meses	
\$10,500.01 - \$15,000	\$400.00 Mensual	48 Meses	
\$15,000.00 y más	\$500.00 Mensual	60 Meses	

**Se requiere un pago inicial del 10% del saldo para cumplir con las pautas de pago mensual.**

Fecha:  Número de cuenta del paciente.  Saldo de la cuenta del paciente \$   
 10% Pago: \$  Cantidad de pago mensual \$  Vencimiento de pago por día calendario

Por la presente autorizo al Clínica de Salud de Lake a recolectar el Min. Monto de pago mensual anterior en el día calendario Pago adeudado utilizando mi cuenta de tarjeta de débito/crédito que se proporciona a continuación:  
 Tipo de Tarjeta (Círculo): Mastercard    Visa    American Express    Discover    Payroll Deduction

Cuenta #:  Fecha de caducidad:  Código de seguridad:   
 Dirección de Envío:  Código postal de facturación:

**\*\* Importante:** Es mi responsabilidad notificar a Lake Health Clinic si mi tarjeta de débito/crédito ha caducado o si el saldo de mi paciente ha aumentado en mi próximo estado de cuenta. Si se recibe su estado de cuenta y se ha finalizado una Fecha de servicio con el seguro, su estado de cuenta mostrará el NUEVO monto de responsabilidad del paciente además de su Min. Cantidad de pago mensual anterior.

Me pondré en contacto con el Servicio de Atención al Paciente del Clínica de Salud de Lake por teléfono (541) 947-2114 Ext 419, para discutir mi plan de pago existente y completar un nuevo formulario de plan de pago.

Nombre impreso del garante o del paciente

Firma del garante o del paciente

Testigo: Firma del Clínica de Salud del Lago de Servicios al Paciente