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

Plan de Pago al Paciente

Lake District Hospital 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.

Saldo de la cuenta	Pago mínimo	Plazo de pago
$50.00 o menos	Pago en su totalidad	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

** **TENGA EN CUENTA**: Debido a que Lake District Hospital se sustenta con el dinero 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 cronograma de pago mínimo establecido. Si su pago mínimo excede el 10% del ingreso familiar durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de subsistencia esenciales o 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 en Servicios al Paciente.

¿Todavía hay reclamos pendientes con el seguro? ☐ Sí ☐ No

☐ INICIAL Entiendo que si las reclamaciones aún están pendientes con el seguro en este momento, es posible que deba una cantidad adicional a la cantidad que se indica a continuación y acepto pagar la cantidad adicional según este plan también.

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 $ _____

Pago del 10%:$ _____ Pago Mensual Mínimo Amt $ _____ Vencimiento del pago en el día calendario _____

☐ INICIAL Por la presente, autorizo a Lake Health District a cobrar el Monto Mínimo de Pago Mensual anterior en el Pago del Día Calendario Adeudado utilizando mi cuenta de tarjeta de débito/crédito que se proporciona a continuación:

Tipo de tarjeta: ☐ Mastercard ☐ Visa ☐ American Express ☐ Discover ☐ Deducción de nómina *

** Deducción de nómina disponible solo para empleados y personal contratado.*

Cuenta #: _____ Fecha de caducidad: _____ Security Code: _____

Dirección de facturación: _____ Código postal de facturación: _____

** **Importante**: Es mi responsabilidad notificar al Distrito de Salud de Lake 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 monto de responsabilidad del paciente NUEVO adicional a su cantidad mínima de pago mensual anterior.

Cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a este acuerdo fue respondida o discutida con uno de los miembros del personal del Distrito de Salud de Lake.

Si este acuerdo necesita ser modificado en cualquier momento, me comunicaré con el Gerente de la Oficina Comercial al (541) 947-2114 Ext 435 o 5130 para discutir más opciones.

_____
Nombre impreso de la garante o paciente

_____
Firma del garante o del paciente

_____
Testigo: Servicios al Paciente Firma del Distrito de Salud de Lake