

**MEDICAL FINANCIAL POLICY**

We thank you for choosing Sun Life as your medical home. Please take a moment to read and sign our policies.

**INSURANCE / FINANCIAL POLICIES**

- We are contracted with most insurance plans and we expect your co-payment at the time of service.
- Verification response from your insurance does not constitute a guarantee of payment, approval, or authorization Of any services.
- After we receive your insurance company’s explanation of benefits and payment we will then send you a statement for your account balance.
- Every insurance plan is different. What is and is not a covered service is dependent on your insurance plan. It is your responsibility to know what is or is not a covered service.

**AHCCCS MEDICAID / FINANCIAL POLICIES**

- We expect your co-payment at the time of service.
- Not all services are covered by AHCCCS Medicaid; you will be responsible for any non-covered services provided to you. If we are aware the service is non-covered, you will be asked to make a payment at time of service. After we received your Explanation of Benefits and Payment we will then send you a statement for any remaining account balance. If it is determined by the Explanation of Benefits and Payment that a service is non-covered then you will be sent a statement for account balance due.

**SLIDING FEE AND SELF PAY / FINANCIAL POLICIES**

- All patients with no third party who wish to be considered for the sliding scale discount can make an appointment with one of our Outreach and Enrollment Specialists at (520)381-0394.
- We expect a payment of \$25.00 toward your visit at time of service.
- After your visit all charges will be entered and adjusted according to the sliding scale if you qualify and you will receive a statement for your account balance.

**PAYMENT AND NSF POLICIES**

- We accept Cash, Check, Visa, Master Card and Discover for payment of services.
- We charge a \$25.00 fee for checks returned for non-sufficient funds.

**DELINQUENT ACCOUNTS**

- Account balances should be paid within 30 days from the date of your account statement.
- Outstanding balances over 120 days will be transferred to a collection agency unless payment arrangements are made with our Patient Accounts Specialists.

**CONCERNS AND QUESTIONS**

- If you have any concerns or questions about your bill please contact one of our Patient Account Specialists at (520)381-0317 or (520)381-0312.

<b>Patient Initial</b>	<b>SLFHC Staff</b>
----------------------------	------------------------

**FINANCIAL POLICY ACKNOWLEDGEMENT**

I have read and understood the above financial policy. I understand that, regardless of my insurance claim status or absence of insurance coverage, I am ultimately responsible for the balance on my account for any services rendered.

--	--

**RELEASE OF MEDICAL INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS**

I hereby authorize the release of medical information necessary for filing health insurance claim forms for me by Sun Life Family Health Center, Inc. I also authorize my insurance to be paid directly to Sun Life Family Health Center, and if my insurance decides that any services are to be non-covered, I agree to be financially responsible.

--	--

**MEDICATION HISTORY TRANSACTIONS**

By signing this consent form, I agree that Sun Life Family Health Center Inc. can request and use my medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.

--	--

**CONSENT FOR TREATMENT**

Consent for treatment is given for the named individual.

--	--

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Patient/Guarantor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**POLIZA MÉDICA DE FINANZAS**

Le agradecemos que haya elegido a Sun Life como su proveedor de servicios preferido. Por favor, lea y firme nuestras pólizas.

**SEGURO MEDICO / POLIZAS FINANZAS**

- Tenemos convenios con la mayoría de las compañías aseguradoras y esperamos que usted realice su co-pago al momento de recibir el servicio.
- La comprobación de la información por parte de su compañía de seguro medico no constituye una garantía de pago, aprobación o autorización de cualquier servicio.
- Después de que hayamos recibido de su seguro medico la información pertinente sobre los beneficios y pagos con respecto a su cuenta, nosotros le enviaremos un estado de cuenta con el saldo correspondiente.
- Cada seguro medico es diferente. Todo está en función de lo que cubra o no su seguro medico. Es su responsabilidad saber la cobertura de los servicios que abarca su seguro medico.

**AHCCCS MEDICAID / POLIZAS FINANZAS**

- Esperamos que haga su co-pago al momento de recibir nuestros servicios.
- No todos los servicios son cubiertos por AHCCCS Medicaid; usted es responsable por cualquier servicio que le hayamos proporcionado y no sea cubierto por su seguro medico. Si somos conscientes que el servicio no está cubierto, se le pedirá hacer un pago al momento del servicio. Después de que recibamos su Explicación de Beneficios y Pagos, le enviaremos un estado de cuenta con su saldo actualizado. Si es determinado por la Explicación de Beneficios y Pagos que un servicio no es cubierto entonces se le mandará un estado de cuenta con su balance adeudado.

**COBROS REDUCIDOS Y PAGOS RECIBIDOS / POLIZAS FINANZAS**

- Todos los pacientes que no tienen una tercera parte que asume el pago y que deseen ser considerados para cargas reducidas o descuentos puede hacer una cita con uno de nuestros Especialistas de Descuentos llamando al (520) 381-0394.
- Se espera que pague la cantidad total indicada al momento de recibir los servicios.
- Después de su visita, todos los cargos se introducirán al sistema y se llevaran los ajustes correspondientes de acuerdo a su tarifa de descuento en caso de ser aprobada. Posteriormente, usted recibirá un estado de cuenta con su saldo actualizado.

**COBROS Y POLIZAS PARA LOS PAGOS CON INSUFICIENTES FONDOS**

- Aceptamos como pago por nuestros servicios: Efectivo, Cheques, Visa, MasterCard y Discover.
- Se cobran \$25.00 por aquellos cheques que no tengan suficientes fondos al momento de hacerlos efectivos.

**CUENTAS CONSIDERADAS DELINCIENTES**

- El saldo debe ser cubierto en un periodo de 30 días a partir de la fecha de su estado de cuenta.
- Saldos con más de 120 días de retraso serán remitidos a Agencias de Cobranza a no ser que se realicen acuerdos financieros con nuestros Especialistas de Cuentas.

**INQUIETUDES Y PREGUNTAS**

- Si usted tiene inquietudes o preguntas acerca de su recibo de cobro, por favor llame a nuestros Especialistas de Cuentas al (520)381-0317 ó (520)381-0312.

Iniciales del Paciente	Empleado de SLFHC
---------------------------	----------------------

**ACEPTACION DEL POLIZA FINANZAS**

He leído y entendido la póliza finanzas arriba mencionado. Entiendo que, a pesar de mi condición con mi seguro medico y/o la falta de cobertura del mismo, soy responsable por cualquier saldo en mi cuenta por los servicios prestados en mi persona.

--	--

**AUTORIZACIÓN PARA USAR INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por este medio autorizo el uso de mi información personal para que Sun Life Family Health Center, Inc. llenen a mi nombre cualquier forma de reclamo o petición a mi compañía de seguro medico. También autorizo a mi compañía de seguro medico el pago directo a Sun Life Family Health Center, y en caso de que mi seguro decida que algunos de los servicios no sean cubiertos, me hago financieramente responsable por todos los costos generados.

--	--

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS**

Al firmar este consentimiento, y doy permiso de que Sun Life Family Health Center, Inc. puede adquirir y usar mi historial de medicamentos de otro proveedor o tercera parte de farmacias beneficiantes / pagadores para uso de mi tratamiento.

--	--

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo consiento para que se me de o se de tratamiento al individuo mencionado.

--	--

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha