**Formulario de Inscripción a Centros de Salud Alcona y Políticas Financieras**

1. A menos que se hayan hecho arreglos por adelantado, se espera el pago en el momento del servicio. El pago se puede realizar en efectivo, cheque, giro postal, VISA, Discover o Master Card. **Cheques de fondos insuficientes**: Se cobrará una tarifa al emisor por todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Esta tarifa será establecida periódicamente por la Junta Directiva de AHC.
2. Ofrecemos un programa de tarifa reducida (deslizante) para aquellos que califican. Por favor, pregunte si se necesita más información. A nadie se le negarán los servicios en función de la capacidad de pago. La capacidad de pago está determinada por las Pautas Federales de Pobreza que se publican anualmente.
3. Si se han hecho arreglos para pagar las cuotas y no se cumplen los términos del acuerdo, se pueden iniciar procedimientos de cobro de acuerdo con la política del Centro de Salud Alcona. Todos los saldos impagos están sujetos a las políticas de cobro de Alcona Health Center.
4. El adulto / tutor presente con un niño menor de edad en el momento del servicio será responsable del pago total de los servicios prestados a dicho niño menor.
5. Aceptamos pagos de Medicare, Medicare Advantage Plans, Medicaid y todos los planes de salud calificados para Medicaid, Blue Cross and Blue Shield, Federal Blue Cross, Blue Care Network, Priority Health, McLaren, Aetna/Cofinity, Humana, Tricare, United Health Care, Allied Benefit Systems, First Health Network, Coventry, Assurant y Consumer Mutual of Michigan. Toda la información del seguro debe proporcionarse al Centro de Salud dentro de los 30 días a partir de la fecha del servicio o los cargos pasarán a ser responsabilidad del paciente / tutor. Alcona Health Centers se reserva el derecho de agregar o eliminar planes de seguro de los cuales se aceptará el pago.
6. Si no podemos obtener el pago / explicación del beneficio de su compañía de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de facturación, todos los cargos serán responsabilidad del paciente o su tutor.
7. solicitar que el pago de los beneficios autorizados del seguro / laboratorio se realice a mí o en mi nombre a los Centros de Salud Alcona y laboratorios médicos / dentales y sus laboratorios afiliados por cualquier servicio que me proporcionen. Autorizo a cualquier titular de información médica / dental sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Alcona Health Center y sus agentes, mi compañía de seguros, laboratorios médicos / dentales y sus laboratorios afiliados cualquier información necesaria para determinar esos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**He leído las condiciones anteriores y acepto voluntariamente estas condiciones.**

Entiendo que bajo las políticas de Alcona Health Center, puedo hacerme la prueba del VIH (el virus responsable del SIDA) o el VHB (el virus responsable de la hepatitis B) en caso de exposición específica del personal de AHC a mi sangre o fluidos corporales. Entiendo que recibiré asesoramiento previo y posterior a la prueba relacionada con el VIH y pruebas relacionadas con el VIH y los resultados de las pruebas. Entiendo que esta información se convertirá en parte de mis registros médicos. La confidencialidad de la información se mantendrá con una divulgación limitada según lo exija la ley, previa autorización por escrito. Entiendo que esta prueba se puede realizar sin más consentimiento expreso. Este formulario y firma se convertirán en parte de mi registro médico / dental.