

DOUGLAS R. JACKSON, M.D.
Medical Director

DOUGLAS E. CUMMINGS, M.D.
Internal Medicine

W. NICOL GUDDAL, M.D.
Family Medicine

ELIZABETH J. CARDINALE, M.D.
Internal Medicine

CHARLES S. NOWAK, D.O.
Family Medicine

NANCY E. WARNER, FNP
Family Nurse Practitioner

KAREN M. HANNA ARNDT, PA-C
Physician Assistant

AMORET E. P. LIFQUIST, PA-C
Physician Assistant

KAREN ENGBERG, M.D.
Managing Partner

SANTA BARBARA
517 W. Junipero St.
Santa Barbara, CA 93105
(805) 682-8844
Fax (805) 682-6499

GOLETA
334 S. Patterson Ave., Ste. 120
Goleta, CA 93111
(805) 683-0055
Fax (805) 683-0149

CARPINTERIA
5565 Carpinteria Ave., Ste. 4
Carpinteria, CA 93013
(805) 684-4119
Fax (805) 566-2181

Our Financial Policy Nuestra Poliza Financiera

Nosotros nos hemos dedicado a proveerle el mejor servicio posible, y queremos que usted entienda completamente nuestra poliza financiera.

1. Se requiere su pago al tiempo que se le brindan os servicios, al menos que haya hecho un arreglo anterior con su seguro medico. Nosotros aceptamos Visa y Master Card.
2. Por favor entienda que su aseguranza es un acuerdo basico entre usted y la compania de seguros. Como un servicio para usted, nosotros mandamos el reclamo de cobro a su aseguranza si usted nos autoriza ese beneficio - en otras palabras, si usted esta de acuerdo que su compania de seguros envíe su pago directemante al doctor. Si su aseguranza no paga a nuestra oficina en un tiempo razonable, nosotros estaremos forzados a obtener un pago personal de su parte. Si acaso recibieramos un pago por parte de su aseguranza cuando usted ya haya pagado, nosotros le reembolsaremos la cantidad de sobre pago a usted.
3. Nosotros hemos hecho arreglos anteriormente con varias caompanias de seguros y planes de salud para aceptar un asignamiento de beneficios. Nosotros les mandaremos la factura y usted sera responsable de pagar su copay (su parte del pago) el dia de su cita.
4. Si acaso usted esta asegurado por algun plan de salud que nosotros no tengamos que poner un acuerdo por medio, entonces nosotros prepararemos la factura para por usted y enviarla a un tiempo definido. Esto quiere decir que su aseguranza mandara el pago directamente a usted. Por lo tanto, nuestros servicios deberan ser pagados por adelantado el dia de su consulta.
5. No todos los planes de salud cubren todos los servicios brindados. Si acaso su aseguranza determina que algun servicio “no se cubrio”, entonces usted sera responsable por los cargos completos. Y su pago se vence al momento que usted reciba la factura de nuestra oficina.
6. Nosotros mandaremos las facturas a su aseguranza por todos los servicios brindados en el hospital. Usted sera responsable por cualquier balance que reste.

Yo, he leído y entendido esta poliza financiera y estoy de acuerdo a respetar sus terminos. Y tambien entiendo y estoy de acuerdo que ciertos terminos pueden ser cambiados de vez en cuando por Jackson Medical Group.

Firma del paciente (o la persona responsable si es menor de edad)

Fecha

Nombre del paciente (letra de molde)