

# *Rettig Family Health Care*

## *a Limestone Medical Center Clinic*

### Clinic Policy for Medicaid Recipients

We have instituted the following policies in an effort to continue to provide care to all of our patients with Medicaid.

1. For all clinic visits, we must have a current Medicaid card (either temporary or permanent). If no card is available, the visit may be cash pay only with payment due at the time of check-in.
2. For all clinic visits, the PCP (primary care provider) selected for the patients Medicaid plan must be a provider at Rettig Family Health Care, a Limestone Medical Center Clinic. If the PCP is not a provider at Rettig Family Health Care, a Limestone Medical Center Clinic, by the time of the appointment, the appointment will be rescheduled.

We are committed to providing you and your family with the best care, and truly appreciate you choosing our clinic as your "Medical Home". However, with changes in the way Medicaid is managed, these updated policies are necessary.

I have read and understand and I agree to the policies as written above.

---

Signature

---

Date

---

Hemos establecido las siguientes pólizas en un esfuerzo por seguir prestando atención a nuestros pacientes con Medicaid.

1. Para todas las visitas a la clínica, **debemos tener una tarjeta de Medicaid actual** (ya sea temporaria de la permanente). Si no hay ninguna tarjeta disponible, la visita puede ser pagada en efectivo en el momento de la cita.
2. Para todas las visitas a la clínica, el PCP (médico de atención Primaria) seleccionado para el plan de Medicaid del paciente debe de ser un proveedor de Rettig Family Health Care, a Limestone Medical Center Clinic. Si el PCP no es un proveedor de Rettig Family Health Care, a Limestone Medical Center Clinic, antes de la cita, la cita se reprogramará.

Estamos comprometidos a proveerle a usted y a su familia la mejor atención, y realmente apreciamos que haiga elegido la clínica como su 'Hogar Medico'. Sin embargo, con los cambios en la forma en que Medicaid es administrado, estas pólizas son necesarias.

He leído y entendido y estoy de acuerdo con las pólizas tal como están escritas arriba.

---

Firma

---

Fecha