



Clinica Santa Maria
1076 Los Ebanos
Brownsville, TX

Clinica Santa Maria
95 E. Price Rd, Bldg A
Brownsville, TX
956-544-2001

Clinica at Southmost
3855 Southmost Rd
Brownsville, TX

PATIENT FINANCIAL POLICY SHEET

To reduce confusion and misunderstanding between our patients and practice, we have adopted the following financial policies. If you have any questions regarding these policies or need to make payment arrangements, please ask to speak to a financial counselor prior to your visit today. We are dedicated to providing the best possible care and service to you and regard your complete understanding of your financial responsibilities as an essential element of your care and treatment. Unless other arrangements have been made in advance by either you or your health insurance carrier, full payment is due at the time of service. For your convenience we accept Visa, Master Card, Discover and American Express.

PÓLIZA FINANCIERA PARA PACIENTES

Para evitar malos entendidos y confusiones entre nuestros pacientes y nuestra práctica, hemos adoptado las siguientes pólizas financieras. Si usted tiene preguntas acerca de estas pólizas, o necesita hacer arreglos para sus pagos, por favor pida hablar con un consejero financiero antes de su visita. Así como nosotros nos dedicamos a darle la mayor atención y cuidado medico posible, deseamos su comprensión respecto a su responsabilidad financiera para su atención medica. A menos que otros arreglos se hallan hecho de antemano, por usted o su de seguro médico, el importe deberá ser cubierto al recibir el servicio. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de crédito como Visa, Master Card, Discover y American Express.

1. We have made prior arrangements with many insurers and health plans to accept an assignment of benefits. This means that we will bill those plans for which we have an agreement and will only require you to pay the authorized co-payment, deductible and/or co-insurance amounts at the time of service. This office's policy is to collect co-payments when you arrive for your appointment.
2. In the event that your health plan determines a service to be "not covered" you will be responsible for the complete charge. Payment is due upon receipt of a statement from our office.
3. We will bill your health plan for all services provided in the hospital. Any balance due is your responsibility and is due upon receipt of a statement from our office.
4. We will ask that you pay any deductible or co-insurance amounts due before leaving the office today.
5. Payment arrangements are available for Deliveries, Surgeries and Inseminations however all amounts due for these services must be paid prior to the scheduled date of the procedure. Failure to comply with this requirement may result in cancellation of the procedure.
6. Payment for services not covered by any third party carrier are payable on the date of service. You will be asked to pay before leaving the office today.
7. If you are being referred by another healthcare provider your insurance may require a written referral for payment of services rendered.
8. For all services rendered to minor patients, we will look to the adult accompanying the patient and the parent or guardian with custody for payment.
9. I hereby authorize Clinica Santa Maria to furnish the above insurance company(s) or to designated attorney, all information which said insurance company(s) or attorney may request. I hereby assign Clinica Santa Maria all money to which I am entitled for medical and/or surgical expense relative to the service rendered but not to exceed my indebtedness. It is understood that any money received from the above named insurance company over and above my indebtedness will be refunded to me when my bill is paid in full. I understand I am financially responsible to Clinica Santa Maria for charges not covered by this assignment. I further agree, in the event of non-payment to bear the cost of collection including a \$50 collections fee for balances greater than \$100.00 and \$25 for balances under \$100.00 and/or Court cost and reasonable legal fees should this be required.

1. Nosotros hemos hecho arreglos con su compañía aseguradora para aceptar los beneficios asignados. Esto significa que hemos aceptado cobrar de acuerdo a su plan de seguro, y requerimos que usted pague la cuota autorizada (co-pago), otras porciones que no son cubiertas y/o deductible al tiempo de recibir el servicio. Nuestra póliza es cobrar la cuota autorizada (co-pago) cuando usted llega a la oficina para su cita.
2. En caso que su plan de seguro determine que un servicio "no esta cubierto" usted es responsable de cubrir el cargo total. El cobro se vence al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.
3. Nosotros cobraremos a su seguro por todos los servicios recibidos en el hospital. Cualquier balance es su responsabilidad. El cobro se vence al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.
4. Antes de dejar la oficina el día de hoy, le pediremos que cubra la cuota autorizada por su seguro y/o el deducible correspondiente.
5. Un plan de pago estará disponible para Partos, Cirugías e Inseminaciones, sin embargo el pago por estos servicios deberá ser cubierto antes de la fecha programada para el procedimiento.
6. Los pagos por servicios no cubiertos por terceros, deberán ser pagados antes de dejar la oficina el día que el servicio sea recibido.
7. Si usted ha sido referida por otro Proveedor de Salud su seguro podría requerir una carta de recomendación para que los servicios recibidos sean cubiertos.
8. El pago por servicios proporcionados a pacientes menores, serán de responsabilidad de los padres o de un tutor, o de un adulto responsable.
9. Autorizo a Clinica Santa Maria facilite información completa a la compañía de seguros o abogado designado, que se requiera. Con mi firma asigno a Clinica Santa Maria todo el dinero a lo cual sea para pagar costos médicos y/o gastos quirúrgicos relacionados a los servicios que se me han dado siempre y cuando no sea mas de lo debido. Es entendido que cualquier dinero que se recibido por la compañía de seguros que sea más de lo debido me será reembolsable siempre y cuando mi cuenta se haya pagado totalmente. Entiendo que soy responsable a Clinica Santa Maria por cargos que no sean cubiertos a través de mi seguro. También estoy de acuerdo, en caso de falta de pago de soportar el costo de la colección que incluye un cobro de \$ 50 colecciones de saldos más de \$ 100.00 y \$ 25 para saldos inferiores a \$ 100.00 y / o la Corte de costos y honorarios legales razonables si esto fuera necesario.

Check only if applicable to you for this visit:

- I have read and understand the above financial policy and I agree to be bound by its terms.
- I need to speak to a financial counselor to make prior alternate payment arrangements.

Marque únicamente si es aplicable a usted por esta visita.

- He leído y entiendo la póliza financiera arriba mencionada y estoy de acuerdo con sus términos.
- Necesito hablar con un consejero financiero para arreglar un plan de pagar.

Printed Name of Patient and Date

Nombre del Paciente (letra molde) y Fecha

Signature of Patient or Responsible Party if a Minor

Firma del Paciente o Responsable si es un menor