



# FINANCIAL POLICY

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

MRN: \_\_\_\_\_  
(Do not affix label, print clearly)

Thank you for choosing Sansum Clinic as your health care provider. We are committed to providing an excellent health care experience. Please read and sign our financial policy prior to your treatment.

[Sansum Clinic accepts cash, checks and all major credit cards. We assess a \$25 service charge for each returned check.]

**Missed Appointment Fee:** It is the patient's responsibility to cancel any appointments. Failure to do so could result in a missed appointment fee. I agree to pay the fee upon receipt of my statement.

**Uninsured Patients:** A deposit is required at the time of service. The deposit will not be waived. The deposit may not cover all services rendered and I agree to pay the remaining balance for services rendered. I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

**HMO Patients:** Any co-pay must be paid at the time of service. My co-pay is an amount determined by my insurance policy and benefit package. I agree to pay all services that are not covered by my health plan; I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

**PPO and Private Insurance:** With a copy of my insurance card and assignment of benefits on file, Sansum Clinic will bill my health plan and extend the appropriate contractual reduction on behalf of my insurance plan. I agree to pay all services that are not covered by my health plan; I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

**Medicare Patients:** Sansum Clinic is a Medicare Part B participating provider. I will be responsible for the Medicare deductible as well as 20% co insurance of the Medicare allowable. Deductibles and the co insurance will not be waived. I will be responsible for non covered services under the Medicare program. I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

**Non-Assigned/Non-Participating Insurances:** Sansum Clinic is not contracted or participating with my current health plan. I am choosing to obtain service's that will be considered out of network by my health insurance. I agree to pay a deposit for each visit and understand the deposit may not cover all services rendered. I understand Sansum Clinic will not negotiate reduced fees with my health plan and I will be responsible for all services rendered. I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

**Accidents & Motor Vehicle Injuries:** Sansum Clinic providers have the discretion to decide whether or not to see patients injured in motor vehicle accidents or for other liability injuries. Sansum Clinic does not have to agree to accept liens. In all cases, I am responsible for the costs of my care and agree to pay for all services rendered upon receipt of my statement.

**Billing Information:** I will provide complete & accurate information & notify Sansum Clinic of changes to any of my information (address, phone number, insurance). Sansum Clinic will use reasonable efforts to submit claims to my insurance & promptly provide me with a statement. If for any reason, amounts that I am responsible for are not paid promptly, including if my statement is returned as undeliverable, I may be referred to a collection agency (Financial Credit Network). I also understand that Financial Credit Network or any company acting on their behalf, may use various dialing and communications methods to reach me at the telephone number(s) I have provided. This includes, but is not limited to dialing or texting my wireless telephone number, which could result in charges by my wireless carrier, either manually or through the use of automatic dialing technology and/or prerecorded messages.

I am the guarantor for the minor patient and by signing this form I acknowledge financial responsibility for any and all copay's, deductibles, co-insurance and non covered services. I am aware any court ordered judgments must be determined between the individuals involved without involvement of Sansum Clinic. I will be responsible for payment upon receipt of my statement.

***ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:*** *I understand that Sansum Clinic will maintain records of services it renders to me and in general will not release information without my specific written consent. I am aware that Sansum Clinic may release information concerning my treatment and the services it renders to me if doing so is necessary for public and private health insurance plan reimbursement. I authorize Sansum Clinic to release any medical, psychiatric, and substance dependency information necessary for processing claims. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I request that payment under my medical insurance be made directly to Sansum Clinic. I understand I am responsible for charges not paid by my insurance carrier, unless the carrier and Sansum Clinic have agreed otherwise.*

***I HAVE READ THE FINANCIAL POLICY ABOVE. I UNDERSTAND IT AND AGREE TO IT.***

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OR RESPONSIBLE PARTY

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
NAME OF RESPONSIBLE PARTY (PRINT)

\_\_\_\_\_  
NAME OF PATIENT



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

MRN: \_\_\_\_\_  
(Do not affix label, print clearly)

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por escoger Sansum Clinic como su proveedor de atención sanitaria. Tenemos el compromiso de ofrecer una experiencia excelente de atención sanitaria. Le rogamos que lea y firme nuestra política financiera antes de su tratamiento.

[Sansum Clinic acepta efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito importantes. Cobramos un cargo de servicio de \$25 dólares por cada cheque devuelto.]

**Cargo por no asistir a una cita:** Es responsabilidad del paciente cancelar cualquier cita; el no hacerlo puede dar lugar a un cargo por no asistir a una cita. Me comprometo a pagar el cargo a la recepción de mi estado de cuenta.

**Pacientes no asegurados:** Se requiere un depósito en el momento del servicio. No se dispensará de dicho depósito. Es posible que el depósito no cubra todos los servicios prestados, y me comprometo a pagar el saldo restante por los servicios prestados. Seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

**Pacientes con HMO:** Cualquier copago deberá pagarse en el momento del servicio. Mi copago es una cantidad determinada por mi póliza de seguro y paquete de beneficios. Me comprometo a pagar todos los servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud; seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

**Organizaciones de proveedores preferidas (PPO por sus siglas en inglés) y Seguros Privados:** Con una copia de mi credencial de seguro y cesión de beneficios en sus archivos, Sansum Clinic presentará la factura a mi plan de salud y extenderá la reducción contractual apropiada en nombre de mi plan de seguro. Me comprometo a pagar todos los servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud; seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

**Pacientes de Medicare:** Sansum Clinic es un proveedor participante en Medicare Parte B. Seré responsable del deducible de Medicare, así como del 20% del coaseguro del Medicare permitido. No se dispensará de los deducibles ni del coaseguro. Seré responsable de los servicios no cubiertos bajo el programa de Medicare. Seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

**Seguros no participantes/no asignados:** Sansum Clinic no tiene contrato ni participa en mi plan de salud actual. Estoy eligiendo obtener servicios que mi seguro médico considerará fuera de red. Me comprometo a pagar un depósito por cada visita y entiendo que es posible que el depósito no cubra todos los servicios prestados. Entiendo que Sansum Clinic no negociará tarifas reducidas con mi plan de salud, y yo seré responsable de todos los servicios prestados. Seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

**Lesiones de Vehículos de Motor o Accidentes:** Los proveedores de Sansum Clinic pueden, a su discreción, decidir atender o no a pacientes con lesiones de accidentes de vehículos de motor o por otras lesiones con responsabilidad civil. Sansum Clinic no tiene obligación de aceptar derechos de retención. En todos los casos, soy responsable de los costes de mi atención y me comprometo a pagar todos los servicios prestados a la recepción de mi estado de cuenta.

**Información de facturación:** Proporcionaré información completa y exacta e informaré a Sansum Clinic de cambios en cualquiera de mis datos (dirección, número de teléfono, seguro). Sansum Clinic hará esfuerzos razonables para presentar reclamos a mi seguro y entregarme un estado de cuenta con prontitud. Si por cualquier motivo no se pagan con prontitud cantidades de las que yo soy responsable, lo cual incluye la devolución de mi estado de cuenta por no haber podido entregarse, es posible que se me derive a una agencia de cobranza (Financial Credit Network). También entiendo que Financial Credit Network, o cualquier empresa que actúe en su nombre, puede utilizar diversos métodos de marcación y comunicaciones para contactar conmigo en el/los número(s) de teléfono que yo he proporcionado. Esto incluye, pero sin limitarse a ello, llamarme o enviar mensajes de texto a mi número de teléfono celular, bien manualmente, bien mediante el uso de tecnología de marcación automática y/o mensajes pregrabados, lo cual podría dar lugar a cargos por parte de mi empresa de telefonía celular.

Soy el garante del paciente menor de edad, y al firmar este formulario, admito la responsabilidad financiera por todos y cualesquiera copagos, deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. Soy consciente de que cualquier sentencia ordenada por un tribunal debe determinarse entre las personas implicadas sin la participación de Sansum Clinic. Seré responsable del pago a la recepción de mi estado de cuenta.

***CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Entiendo que Sansum Clinic conservará registros de los servicios que me preste, y en general no revelará información sin mi consentimiento específico por escrito. Soy consciente de que Sansum Clinic puede revelar información sobre mi tratamiento y los servicios que me preste si es necesario hacerlo para el reembolso de planes de seguro públicos y privados. Autorizo a Sansum Clinic a revelar cualquier información médica, psiquiátrica y de dependencia de sustancias que sea necesaria para procesar reclamos. Doy mi permiso para que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Solicito que el pago bajo mi seguro médico se haga directamente a Sansum Clinic. Entiendo que soy responsable de los cargos no pagados por mi aseguradora, a menos que esta y Sansum Clinic hayan acordado lo contrario.***

**HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA ANTERIOR, LA ENTIENDO Y LA ACEPTO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PARTE RESPONSABLE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PARTE RESPONSABLE (LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE