



## **Southern Texas Physicians Network**

100B. Alton Gloor Blvd. Suite 260

Tel: (956)350-3901 Fax: (956)350-3900

Jaime F. Villarreal, M.D.

Dominique Vande Maele, M.D. F.A.C.S

Edgar Moncada, M.D.

### **Poliza Financieras**

Gracias por elegir STPN como sus proveedores de atención de salud. Estamos comprometidos a proporcionar el estado de la atención del arte en un ambiente compasivo, lo siguiente es una declaración de nuestras poliza financieras que esperamos que lea y considere cuidadosamente.

### **Sobre Los Seguros**

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato, pero como muestra de nuestra cortesía, nos cuenta de su seguro de las visitas a STPN en su nombre. Tenga en cuenta que algunos de los servicios prestados no pueden ser cubiertos por su plan y que será 100% responsable de estos cargos. En cuanto a los planes de seguro donde estamos a un proveedor participante, todos los co-pagos y deducibles son debidos en el momento del tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, VISA y American Express.

### **Medicare**

STPN son un grupo de médicos participantes de Medicare. Vamos a presentar su reclamación de seguro primario para usted. Como cortesía, también vamos a presentar reclamaciones a la aseguradora secundaria. Sin embargo, usted debe traer toda la información necesaria y firmar un documento de información y asignación de beneficios de forma.

### **Uso y Costumbres de los Cargos**

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es uso y costumbre de nuestra área geográfica. Determinación arbitraria compañía de seguros, puede ser responsable del pago, independientemente de cualquier no contrato de uso y costumbre de las tasas.

### **Reprogramación de citas**

Si usted no mantiene su horario de cita, por favor llámenos al menos 24 horas de atención a reprogramar.

Gracias por la comprensión de nuestra poliza financiera. Por favor llámenos si tiene alguna pregunta.

He leído y estoy de acuerdo con esta poliza financiera:

---

Firma del paciente o responsable de parte

---

Fecha