

## Luminis Health Clinical Enterprise

### OB Self-Pay Policy

#### Self-Pay Patient applying for MA

Self-pay patients with no insurance and has applied to the state for assistance:

Itemize the visit along with other services rendered. Must be able to verify by EVS or present a letter from the state that states the patient has received MA/MCO by second visit.

MA will back date eligibility 3 months. We will bill MA for covered visits. If patient does not qualify for MA patient becomes true self-pay and is eligible for our cash pay policy.

#### Self-Pay Patient approved for Emergency MA (delivery only)

**Maternity Care Fees:** For self-pay patients that do not anticipate eligibility for Medical coverage for prenatal care the global cost for routine obstetric care in your primary provider's office is \$2,000. This fee will be collected prior to or at the first patient appointment and a 40% discount will be applied bringing the amount due to \$1,200.

This fee includes the following services within your primary provider's office: routine prenatal care, 1 OB limited ultrasound, 1 Tdap vaccination, and 1 Flu vaccination (when available).

Laboratory and diagnostic tests, other injections, high risk visits to Maternal Fetal Medicine (MFM) or other external offices, newborn care, and hospital-associated fees are not included in the fee.

Additional charges may be assessed for more involved care.

Once patient is approved for emergency Medicaid, delivery with post-partum care will be billed to Medicaid.

#### Self-Pay Patient (Cash-Pay Policy)

True self-pay (un-insured) patients that do not qualify for state assistance will pay out of pocket for all services. Patient is eligible for a 40% discount if paid at the TOS.

*All patients are eligible to apply for financial assistance based on our Financial Assistance Policy.*

**Luminis Health Clinical Enterprise**  
**OB Self-Pay Financial Agreement**

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

Date: \_\_\_\_\_

Practice: \_\_\_\_\_

**Maternity Care Fees:** For self-pay patients that do not anticipate eligibility for Medical coverage for prenatal care the global cost for routine obstetric care in your primary provider’s office is \$2,000. This fee will be collected prior to or at the first patient appointment and a 40% discount will be applied bringing the amount due to \$1,200.

This fee includes the following services within your primary provider’s office: routine prenatal care, 1 OB limited ultrasound, 1 Tdap vaccination, and 1 Flu vaccination (when available).

**Laboratory and diagnostic tests, other injections, high risk visits to Maternal Fetal Medicine (MFM) or other external offices, newborn care, and hospital-associated fees are not included in the fee. Additional charges may be assessed for more involved care.**

\_\_\_\_\_ Initials

The patient is responsible for applying for emergency Medicaid. Once patient is approved for emergency Medicaid, delivery with post-partum care will be billed to Medicaid. If Medicaid benefits cannot be verified by patients 28<sup>th</sup> week of pregnancy. Patient will be responsible for paying an additional \$2,500 for delivery services provided by MD or Midwife. This amount **MUST** be paid by patients 32<sup>nd</sup> week of pregnancy. **Other hospital charges will apply as indicated.**

\_\_\_\_\_ Initials

All patients are eligible to apply for financial assistance based on our Financial Assistance Policy.

I have read and accept the financial agreements as they are written in this document. I understand that the fees listed are based on basic fees only, and do not include the cost of laboratory work, diagnostic tests such as ultrasound or blood tests, increased monitoring costs, physician fees, or hospital costs, if any of these are necessary. I understand that the before mentioned may be subject to an additional fee and therefore not included in the above cost. I understand that there may be other unforeseen expenses, in addition to this contract, which may also be my responsibility.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Office Representative

\_\_\_\_\_  
Date



## Luminis Health Clinical Enterprise

### Política de pago para pacientes de obstetricia que pagan por sí mismas

#### Pacientes que pagan por sí mismas y que piden MA

Pacientes sin seguro que pagan por sí mismas y que le pidieron asistencia al estado:

Se debe hacer una lista detallada de la visita junto con otros servicios prestados. Para el momento en que se haga la segunda visita, se deberá poder verificar mediante EVS o se deberá presentar una carta del estado que indique que la paciente ha recibido MA/MCO.

MA establecerá la elegibilidad retroactivamente a 3 meses. Le facturaremos a MA las visitas cubiertas. Si la paciente no califica para MA, deberá pagar por sí misma y será elegible para nuestra Política de pago en efectivo.

#### Pacientes que pagan por sí mismas y que recibieron aprobación para MA de Emergencia (solo parto)

**Tarifas de atención de maternidad:** Para pacientes que pagan por sí mismas que no prevean ser elegibles para recibir cobertura médica de atención prenatal, el costo global de la atención obstétrica de rutina en el consultorio de su proveedor primario es de \$2,000. Esta tarifa se cobrará antes de la primera cita con la paciente o en el momento de dicha cita, y se aplicará un descuento del 40 %, lo que la reducirá a \$1,200.

Esta tarifa incluye los siguientes servicios en el consultorio del proveedor primario: atención prenatal de rutina, un ultrasonido obstétrico limitado, una vacuna Tdap y una vacuna contra la gripe (cuando esté disponible). Los análisis de laboratorio y de diagnóstico, otras inyecciones, las visitas por alto riesgo en Medicina materno-fetal (Maternal Fetal Medicine, MFM) o en otros consultorios externos, la atención del recién nacido y las tarifas asociadas con el hospital no se incluyen en la tarifa. Se podrán cobrar otros cargos por atención más dedicada.

Una vez que se apruebe a la paciente para recibir Medicaid de emergencia, el parto con atención postparto se facturará a Medicaid.

#### Pacientes que pagan por sí mismas (Política de pago en efectivo)

Las pacientes que pagan por sí mismas (sin seguro) que no califican para recibir asistencia del estado, deben pagar todos los servicios de su bolsillo. Las pacientes serán elegibles para un descuento del 40 % si pagan en el momento del servicio.

*Todas las pacientes son elegibles para pedir ayuda económica según nuestra Política de ayuda económica.*

**Luminis Health Clinical Enterprise**  
**Acuerdo económico para pacientes de**  
**obstetricia que pagan por sí mismas**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

**Tarifas de atención de maternidad:** Para pacientes que pagan por sí mismas que no prevean ser elegibles para recibir cobertura médica de atención prenatal, el costo global de la atención obstétrica de rutina en el consultorio de su proveedor primario es de \$2,000. Esta tarifa se cobrará antes de la primera cita con la paciente o en el momento de dicha cita, y se aplicará un descuento del 40 %, lo que la reducirá a \$1,200.

Esta tarifa incluye los siguientes servicios en el consultorio del proveedor primario: atención prenatal de rutina, un ultrasonido obstétrico limitado, una vacuna Tdap y una vacuna contra la gripe (cuando esté disponible).

**Los análisis de laboratorio y de diagnóstico, otras inyecciones, las visitas por alto riesgo en Medicina materno-fetal (Maternal Fetal Medicine, MFM) o en otros consultorios externos, la atención del recién nacido y las tarifas asociadas con el hospital no se incluyen en la tarifa. Se podrán cobrar otros cargos por atención más dedicada.**

\_\_\_\_\_ Iniciales

La paciente es responsable de pedir Medicaid de emergencia. Una vez que se apruebe a la paciente para recibir Medicaid de emergencia, el parto con atención postparto se facturará a Medicaid. Si los beneficios de Medicaid no se pueden verificar para la semana 28 de embarazo, la paciente será responsable de pagar \$2,500 adicionales por los servicios de parto que presten el médico o la comadrona. Esa cantidad **DEBERÁ** pagarse antes de la semana 32 de embarazo. **Se aplicarán otros cargos del hospital según se indique.**

\_\_\_\_\_ Iniciales

Todas las pacientes son elegibles para pedir ayuda económica según nuestra Política de ayuda económica. Leí los acuerdos económicos establecidos en este documento y los acepto. Entiendo que las tarifas listadas se basan en las tarifas básicas únicamente, y no incluyen el costo de análisis de laboratorio, análisis de diagnóstico (como ultrasonidos o análisis de sangre), costos mayores de monitoreo, honorarios de médicos o costos del hospital, si alguno de ellos fuera necesario. Entiendo que a lo mencionado arriba se le puede aplicar una tarifa adicional y, por lo tanto, no está incluido en el costo que se indica arriba. Entiendo que puede haber otros gastos imprevistos, además de los establecidos en este contrato, que también podrían ser mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante del consultorio

\_\_\_\_\_  
Fecha