

Consentimiento de Paciente Y Política Financiera

Gracias por elegir a SMIL/SDI como su proveedor de Imágenes. Estamos comprometidos a proveerle un servicio de cuidado de salud de calidad y a un precio accesible. **Por favor lea nuestro consentimiento para tratar y política financiera, háganos cualquier pregunta que pueda tener, y firme debajo.** Se le proveerá una copia bajo pedido.

- Estoy dando mi consentimiento a los tratamientos y servicios solicitados por mi Proveedor de Salud a llevar a cabo por SMIL/SDI.
- Yo autorizo a la empresa como titulares de información médica para divulgar a mi compañía de seguro o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esto o para futuro(s) reclamo(s) relacionado(s).
- Además, solicito que se haga el pago a la empresa y autorizo a la empresa a presentar reclamaciones en mi nombre por todas las facturas o servicios prestados por las empresas durante el próximo período de 12 meses.
- Entiendo que soy económicamente responsable a la empresa de cualquier saldo no cubierto por mi plan de seguro (por ejemplo, servicios no incluidos en mi plan, no considerados médicamente necesarios, considerados investigativos por mi asegurador, la cobertura no estaba en vigencia en el momento del servicio, los servicios no se pre-autorizaron, o mi seguro está fuera de la red)
- Entiendo que soy responsable en confirmar y comprender las limitaciones y las políticas de cobertura de mi compañía de seguro, incluyendo mi obligación para deducibles, co-seguro y co-pagos.
- Entiendo que todos los pagos se deben hacer en el momento del servicio, incluyendo aquellos honorarios que corran por cuenta propia, deducibles, co-seguro y co-pagos a menos que se hayan hecho acuerdos anteriormente con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes de la empresa.
- Entiendo que cualquier pago hecho en el momento de servicio es la mejor estimación de la empresa; sin embargo, el beneficio real será determinado por mi compañía de seguro y los términos específicos de mi plan de beneficios, la cantidad de mi deducible que he satisfecho y ciertas pólizas de pago de mi compañía de seguros que pueden aplicar en el pago de mi reclamo.
- Entiendo que los pagos también pueden diferenciarse de la estimación si es necesario realizar un procedimiento diferente, si se necesitan procedimientos adicionales y/o puntos de vista del escaneo o el contraste necesita un cambio. Si hubiese una diferencia en la calculación del beneficio real en comparación con la estimación de la compañía, yo seré responsable de cualquier pago insuficiente. Cualquier pago en exceso me será reembolsado por la empresa.
- Entiendo que se me puede pedir que presente una identificación con foto y mi tarjeta de seguro actual /válida o información de seguro completo ante el personal en cada visita con el fin de procesar el reclamo.
- Entiendo que cualquier cheque devuelto está sujeto al cobro de otras tarifas y/o tasas.
- Entiendo que la empresa acepta gravámenes de abogados en todas las facturaciones tercias que facturen más de \$200. La información sobre el abogado que completo en el momento de servicio no constituye un derecho de gravamen. Será mi responsabilidad dar seguimiento y verificar que el gravamen haya sido firmado por mi abogado. En caso de no haber un gravamen firmado, la cuenta estará sujeta a una agencia de cobros a no ser que yo realice otros arreglos de pago con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes.
- Acepto pagar todos los costos delincuentes de mi cuenta, incluyendo todos los cargos de colección, de abogados y otros costos en los que se haya incurrido con el fin de cobrar lo adeudado en mi cuenta.
- Nosotros también podemos usar o revelar su información de Salud protegida para ayudar investigaciones médicas que conducimos o para ayudar nuestros análisis de negocios. Para hacer esto, usaremos prácticas de des-identificación estándar para des-identificar su información de Salud protegida Antes de que sea revelada.
- SMIL no solicita directivas anticipadas, sin embargo, si desea colocar una en el archivo, comuníquese con la administración en info@esmil.com

Al firmar abajo reconozco haber leído y entendido las políticas financieras y doy mi consentimiento para el tratamiento provisto por SMIL/SDI e acepto cumplir con sus reglas generales:

Firma: _____ Fecha: _____