

Política Financiera

Gracias por elegir SMIL/SDI como su proveedor de imágenes. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. **Favor de revisar nuestra política financiera, háganos cualquier pregunta que pueda tener y firme a continuación.** Se le proporcionará una copia si la solicita..

- Autorizo a la compañía como poseedores de información médica a revelar a mi compañía de seguros o sus intermediarios cualquier información necesaria para este o futuros reclamos relacionados.
- Solicito además que se realice el pago a la empresa y autorizo a la empresa a presentar reclamaciones en mi nombre por cualquier factura o servicio que me hayan proporcionado las empresas durante el próximo período de 12 meses.
- Entiendo que soy responsable de confirmar y comprender las limitaciones y políticas de cobertura de mi compañía de seguros, incluida mi obligación de deducibles, coseguros y copagos.
- Entiendo que todos los pagos vencen en el momento del servicio, incluidos los pagos por cuenta propia, los deducibles, el coseguro y los copagos, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes de la empresa.
- Entiendo que cualquier pago realizado al momento del servicio es la mejor estimación de la empresa; sin embargo, el beneficio real lo determinará mi compañía de seguros y los términos específicos de mi plan de beneficios, el monto de mi deducible que he satisfecho y ciertas políticas de pago que mi compañía de seguros puede aplicar al pagar mi reclamoaim.
- Entiendo que los pagos también pueden diferir del estimado si es necesario realizar un procedimiento diferente, se necesitan procedimientos adicionales y/o vistas de imágenes o si cambian las necesidades de contraste. Si hubiera una diferencia en el cálculo del beneficio real en comparación con la estimación de la empresa, seré responsable de cualquier pago insuficiente. La empresa me reembolsará cualquier sobrepago.
- Entiendo que soy financieramente responsable ante la compañía por cualquier saldo no cubierto por mi plan de seguro (por ejemplo, los servicios no estaban incluidos en mi plan, no se consideraron médicamente necesarios, mi proveedor los consideró en investigación, la cobertura no es efectiva en el momento tiempo de servicio, no fueron autorizados previamente o mi seguro está fuera de la red).
- Entiendo que es posible que se me solicite que proporcione una identificación con fotografía y mi tarjeta de seguro actual/válida o información completa del seguro al personal en cada visita.
- Entiendo que cualquier cheque devuelto está sujeto a cobros y/o cargos adicionales.
- Acepto pagar todos los costos de cobro si mi cuenta está atrasada o vencida, incluidos todos los honorarios de cobro, honorarios de abogados y otros costos incurridos en el esfuerzo de cobrar mi cuenta.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido la política financiera proporcionada por SMIL/SDI y acepto cumplir con sus pautas:

Firma: _____

Fecha: _____