

## Política Financiera

Gracias por elegir SMIL/SDI como su proveedor de Imaginología. Estamos comprometidos a proveerle un servicio de cuidado de la salud de calidad y a un precio accesible. **Por favor lea nuestra política financiera, háganos cualquier pregunta que pueda tener, y firme debajo.** Se le proporcionará 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 la información médica a divulgar a mi compañía de seguros o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esto o para futuro(s) reclamo(s) relacionado(s).
- Además, solicito que se realice el pago a la empresa y autorizo a la empresa a presentar reclamaciones en mi nombre por todas las facturas o los servicios prestados por las empresas durante el próximo período de 12 meses.
- Entiendo que soy financieramente responsable para la empresa de cualquier saldo no cubierto por mi plan de seguro (porejemplo, los servicios no estaban incluidos en mi plan, no fueron considerados médicamente necesarios, fueron considerados enfase de investigación 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 de confirmar y comprender las limitaciones y las políticas de cobertura de mi compañía de seguros, incluyendo mi obligación en cuanto a 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 anteriores con el departamento de Servicios Financieros al Paciente de la empresa.
- Entiendo que cualquier pago efectuado en el momento del servicio es la mejor estimación de la empresa; sin embargo, el beneficio real será determinado por mi empresa de seguros y los términos específicos de mi plan de beneficios, el monto de mi deducible que yo haya completado y ciertas políticas de pago de mi empresa de seguros pueden aplicar en el pago de mi reclamo.
- Entiendo que los pagos también pueden diferir 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 el cálculo del beneficio real en comparación con la estimación de la compañía, yo seré responsable de cualquier pago insuficiente. Cualquier pago en exceso me será devuelto 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 todos los terceros que facturen más de \$200. La información sobre el abogado que complete en el momento del servicio no constituye un derecho de retención. 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 al Paciente.
- Acepto pagar todos los costos a cobrar si mi cuenta está en mora, incluyendo todos los cargos de cobranza, honorarios 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 desidentificación estándar para desidentificar su información de Salud protegida Antea 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](mailto:info@esmil.com)

**Al firmar abajo reconozco haber leído y entendido las políticas financieras de SMIL/SDI y acepto acatar sus directrices:**

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