

Política de Responsabilidad Financiera para pacientes de Steinberg Diagnostic Medical Imaging (SDMI, por sus siglas en inglés)

Estimado paciente:

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios de diagnóstico por imágenes médicas. A continuación, puede ver nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta política, comuníquese con nuestra oficina de facturación. Lea este documento y firme a continuación para confirmar que ha leído y comprendido la información aquí contenida.

Pacientes sin seguro o que deciden no usar el seguro: el pago total debe realizarse al momento del registro.

Pacientes asegurados: los copagos y deducibles deben abonarse al momento del registro. También debe informar al personal si tiene algún seguro secundario.

Aceptamos Mastercard, Discover, Visa y American Express. **No aceptamos efectivo ni cheques en la recepción.** Puede usar un cheque para enviar el dinero adeudado una vez que reciba la factura. Hay un cargo de \$25.00 por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) si el banco no aprueba su cheque por falta de fondos.

Tenga en cuenta que cualquier monto cobrado es solo una estimación basada en la información disponible al momento. Una vez que su cuenta sea facturada a la compañía de seguros, el monto pagado podría diferir del total que realmente corresponde pagar.

Las ausencias sin aviso pueden estar sujetas a un cargo de \$50.00. Los pacientes de medicina nuclear serán responsables del costo de la dosis que se desperdició debido a la ausencia. Algunas de estas dosis pueden costar miles de dólares.

Si su compañía de seguros no realiza el pago en un plazo de 30 días, comuníquese con ellos para agilizar el pago.

Todos los pacientes asegurados deben firmar esta política financiera para recibir atención en nuestros consultorios.

Si no recibimos el pago, conforme a nuestros contratos con las compañías de seguros, en un plazo de 60 días, su cuenta se enviará a una agencia de cobranza. Será responsable de cualquier costo, intereses, gastos judiciales u otros cargos asociados con la cobranza de la deuda. Se compartirá con la agencia de cobranza toda la información de nuestro sistema que pueda usarse legalmente para cobrar la deuda. Si tiene un saldo a favor, este podría usarse para cubrir deudas por otras visitas.

Cesión y transferencia de beneficios

Por la presente, garantizo el pago de todos los cargos incurridos en los consultorios de Steinberg Diagnostic Medical Imaging. Por la presente, transfiero y autorizo el pago de todos los beneficios por servicios médicos prestados por SDMI directamente a SDMI. Por la presente, autorizo la divulgación de la información médica requerida para procesar mi reclamo.

He leído y acepto los términos establecidos en este documento. Entiendo que esta cesión se aplica a todos los servicios recibidos en SDMI y permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito específicamente. Además, acepto que soy responsable final del pago de todos los cargos en caso de que mi compañía de seguros no realice el pago.

Firma del paciente o persona financieramente responsable: _____ Fecha: _____

Motivo por la que el paciente no puede firmar: _____

Relación con el paciente: _____
