

Poliza Financiera del Paciente

Este es un acuerdo entre Premier Radiology | Ascension como acreedor, y el paciente / deudor nombrado en este formulario e indicó mediante la firma del paciente / deudor a continuación.

En este acuerdo, las palabras "usted", "su" y "suyo" significan que el paciente / deudor. La palabra "cuenta" significa la cuentaésta haya sido creada en tu nombre a los que se hacen cobros y pagos acreditados. Las palabras "nosotros", "nos" y "Nuestro" se refieren a Premier Radiology | Ascension. Mediante la ejecución de este acuerdo, usted está de acuerdo en pagar todos los servicios que se prestan.

Fecha de vigencia: Una vez que haya firmado el presente acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto. Una copia de su acuerdo financiero firmado se le proporciona.

SEGURO DE SALUD - Es su responsabilidad:

- Asegurar que se nos ha facilitado la información de seguro más actual en relación con la presentación de su reclamación incluyendo tarjeta de seguro, número de identificación, empleador, fecha de nacimiento y dirección del paciente. Esta información formulario se encuentra en nuestro registro de pacientes.
- Asegúrese de que tenemos contrato con su compañía de seguros para recibir los máximos beneficios.
- Pague su co-pago o parte del paciente en el momento del servicio.
- Que nos informe de cualquier cambio de seguro hechas después de este acuerdo firmado / fecha del servicio. Las compañías de seguros tienen directrices para la presentación oportuna específicas y requisitos de autorización previa para ciertos servicios. Si la información del seguro revisada no se proporciona a nosotros dentro de los límites de la presentación oportuna sus seguros', se le debe pagar por los servicios en su totalidad. Si se requiere autorización previa para los servicios ya recibidos y su reclamo es negado por falta de autorización, se le debe pagar por los servicios en su totalidad.
- Póngase en contacto con su compañía de seguros si hay correspondencia es recibida por un plazo de 45 días desde la fecha del servicio.

Es nuestra responsabilidad de:

- Presentar una reclamación a su compañía de seguros de salud basado en la información proporcionada por el paciente / deudor al tiempo de servicio o como se proporciona información actualizada.
- Proporcionar a su compañía de seguros de salud con la información necesaria para determinar los beneficios. Esto puede incluir médica registros y / o una copia de su tarjeta de seguro.
- Proporcionar a los pacientes MVA un formulario de reclamación de seguro de salud de cortesía para sus registros a petición.

OPCIONES DE PAGO: Por nuestro acuerdo contratado con su compañía de seguros, que están obligados a recoger el co-pago en el día de servicio. Si no tiene seguro, usted está obligado a pagar el tratamiento en el momento de servicio a menos que otros arreglos se han hecho formalmente. Un acuerdo financiero auto-pago por separado se le proporciona.

Aceptamos los siguientes: Efectivo Tarjeta de verificación de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express)

Una de veinticinco dólares (\$25.00) regresó cargo por cheque será evaluada a la cuenta del paciente por incidente.

Para mayor comodidad, los pagos pueden hacerse en línea en www.ePayItOnline.com. Para utilizar este servicio, necesitará su número de cuenta, código de acceso e ID de código. Esta información se puede encontrar en el estado de cuenta del paciente que recibirá reflejando su saldo. **Los pacientes que no se presenten pueden estar sujetos a una tarifa por no presentarse.**

PENDIENTES DE APROBACIONES DE SERVICIOS: En caso de que no podamos obtener la aprobación de los servicios y desee continuar, no le facturaremos a su seguro. Los servicios se reducirán al monto permitido del seguro dentro de la red y aplicar a la responsabilidad del paciente.

_____ Iniciales

Paciente y / o deudor Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Explicaciones financieros adicionales se continúan en la parte trasera de esta página

**Premier
Radiology**



Ascension

Revised 1.13.2020

www.PremierRadiologyWI.com

PET/CT ■ MRI ■ CT ■ Ultrasound ■ 3D Mammography ■ Bone Density ■ X-Ray

'LESIONES DE COMPENSACIÓN: Escrito aprobación / autorización por parte de su empleador y / o trabajadores de los trabajadores compañía de compensación antes de su visita inicial se necesita. Nos pondremos en contacto con su administrador de casos y / o supervisor para confirmar la lesión de compensación para trabajadores. Si se niega esta afirmación, por la razón que por su empleador o compañía de compensación de trabajadores de su empleador, usted será responsable del pago en su totalidad. Si la negación es hecha por la compensación del trabajador, seguro de salud puede ser presentada para estos servicios denegados y se le hace responsable de la cuenta.

ACCIDENTES DE VEHÍCULOS DE MOTOR (VMA) – Sí, yo estaba involucrado en un MVA en ____ / ____ / _____. A menos que antes acuerdo se ha alcanzado o yo soy un beneficiario de Medicare, mi seguro de salud será presentada por servicios relacionados con este accidente. En el caso de no proporciono la información del seguro después de la visita inicial, entiendo negaciones de seguros pueden ocurrir dependiendo de tipo de servicio(s) recibido o requisitos de presentación de soporte específico. Estoy de acuerdo, ya que el paciente o el paciente de tutor, yo soy el responsable último de todo equilibrio(s) debido a esta instalación y / o su médico(s) por los servicios prestados, independientemente de la negación(s) de seguro o un caso desfavorable resultados. Si he elegido un abogado para supervisar mi caso, este acuerdo financiero servirá como una Carta de Protección a mi abogado. Además, entiendo que mi cuenta puede estar manejado por una entidad externa que se especializa en cuentas de gravamen del abogado a discreción instalaciones.

____ Sí, he optado por contratar a un abogado. Firmado: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre Fiscal: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

DECLARACIONES:

Un estado de cuenta será proporcionado a usted si el seguro ha pagado dejando una parte del paciente, negado o no se recibe respuesta. Debido al tipo de servicio que ofrecemos, puede recibir la facturación de más de una práctica, también conocida como la facturación dividida. El equilibrio en su estado se debe pagar dentro de los 30 días siguientes a la recepción a menos que otros arreglos se hacen con nuestro departamento de facturación. La declaración será enviada a la dirección proporcionada en el momento del servicio. En el caso de que su dirección de correo cambios después de la fecha de servicio y su cuenta no ha sido pagado en su totalidad, usted está obligado a notificar a nuestra oficina de facturación de este cambio llamando al 615.851.6033 ext. 2067. En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o la separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autoriza el tratamiento de un niño en el momento del servicio será el padre responsable de esos cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre a pagar la totalidad o parte de los costos de tratamiento, se requiere la documentación judicial para cualquier cambio de dirección fiador, de lo contrario, es responsabilidad de la autorización / custodia de los padres para recoger del otro padre. Cualquier cuenta con un saldo acreedor de menos de <\$5.00> no se devolverá sin petición específica del paciente / deudor.

CUENTAS ATRASADAS:

Revisamos cuentas atrasadas con frecuencia y en cada ciclo de estado. Su comunicación y participación para asegurar que su saldo se paga a tiempo es importante para nosotros. Es imprescindible que usted mantiene comunicaciones y cumplir con sus acuerdos y arreglos financieros para mantener su cuenta activa y en buen estado.

Si su cuenta se vence sesenta (60) días, se pueden tomar más medidas para cobrar esta deuda. Si tenemos que remitir su cuenta a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que se incurre. Si tenemos que remitir el cobro del saldo a un abogado, usted acepta pagar todos los honorarios de abogados en los que incurramos más todos los costos judiciales. En caso de demanda, usted acepta que el lugar será el condado de Racine, Wisconsin. Además, nos reservamos el derecho de negar el tratamiento futuro que no sea de emergencia para todos y cada uno de los saldos de cuentas impagas relacionadas con el deudor.

RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD:

Entender si su cuenta está sometida a un abogado o agencia de colección, si tenemos que litigar en los tribunales, o si su estado de mora se informó a una agencia de informes de crédito, el hecho de que ha recibido tratamiento en nuestra oficina puede llegar a ser una cuestión de registro público.

HISTORIAL MÉDICO:

Se le requerirá para solicitar por escrito o firmar un formulario de autorización médica para la liberación de sus registros médicos a cualquier organización o médico. Si la solicitud es para una parte distinta del seguro y / o partido originalmente cobrados, se requerirá una cuota de registros médicos \$20.00 en cada ocasión.