



## Acuerdo financiero del paciente

He autorizado a Frederick Radiology & Diagnostic Center para solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida información médica, para cualquier reclamo relacionado a mi compañía de seguros para determinar estos beneficios pagaderos. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a nombre de Frederick Radiology & Diagnostic Center en mi nombre.

- 1.) Entiendo que Frederick Radiology & Diagnostic Center participa con la mayoría de los seguros, incluidos Medicare, Carefirst BCBS y ciertos programas HMO / PPO. Entiendo que, por contrato, mi compañía de seguros pagará los cargos cubiertos directamente al Centro de Radiología y Diagnóstico Frederick. Entiendo que cualquier coaseguro aplicable y pagos deducibles me serán facturados o pagados al momento del servicio.
- 2.) Entiendo que si elijo renunciar a mis beneficios de seguro, se me requerirá que pague la totalidad de los cargos en el momento del servicio o que el Centro de Diagnóstico y Radiología Frederick establezca un plan de pago aprobado.
- 3.) Entiendo que si mi seguro considera necesaria una autorización, Frederick Radiology & Diagnostic Center obtendrá esa autorización. Si el reclamo es denegado debido a una referencia no válida, entiendo que seré responsable de los cargos.
- 4.) Entiendo que se cobrará una tarifa de \$ 30.00 a todos los pacientes por los cheques devueltos.
- 5.) Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto y / o negado incurrido en mi nombre.
- 6.) Si mi cuenta se asigna a una agencia de cobranza, acepto pagar los honorarios de la agencia de cobranza, todos los costos judiciales y los honorarios de abogados. Entiendo que todas las cuentas con un saldo de más de 30 días podrían evaluarse con un cargo por atraso en el saldo impago.
- 7.) También he revisado o se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de diagnóstico y radiología Frederick.
- 8.) Certifico que se puede usar una copia de este acuerdo en lugar del original.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma (SELLO): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_