



ACUERDO FINANCIERO

En Saratoga Surgical Center valoramos la confianza que usted deposita en nosotros para proveer para su cuidado. Esta confianza debe extenderse para incluir nuestros procedimientos de facturación y cobranza.

Después de su procedimiento, usted puede recibir una "explicación de los beneficios" (EOB) de su compañía de seguros. Por favor espere por cualquier factura del Saratoga Surgical Center para establecer si cualquier cantidad adicional es debida. Por favor, entienda que usted tiene derecho a una factura detallada a su solicitud.

Debido a que los médicos que prestan servicios a usted durante su admisión son contratistas independientes y no son agentes o empleados de la instalación, cada médico (como el anesthesiólogo) que presta servicios profesionales facturará y cobrará independientemente por estos servicios. Usted debe esperar recibir cuentas separadas de su médico, el anesthesiólogo y nuestras instalaciones.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS

Autorizo el pago directo al centro quirúrgico de cualquier beneficio de seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no pagado por mi aseguradora y acepto pagar los saldos no pagados en mi cuenta no más de 90 días después de la fecha de servicio.

Acepto pagar al centro de cirugía de acuerdo con sus tarifas y condiciones regulares. También entiendo que una agencia de cobranza puede ser utilizada para recaudar sobre cualquier saldo vencido y que, si la recaudación es necesaria, la parte responsable se compromete a pagar cualquier honorario de recaudación adicional y todos los honorarios legales de cobro sin demanda, incluyendo honorarios de abogados, costos judiciales y los honorarios de presentación.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo en que la institución puede revelar mi información médica protegida (PHI) de acuerdo con las disposiciones de privacidad de HIPAA que pueden incluir mi historial médico, a cualquier tercero pagador, incluyendo, pero no limitado a aseguradoras de salud, planes de servicios de salud, agencias estatales y federales,



trabajadores de compensación de trabajadores o mi empleador para recibir el pago de los servicios prestados. Esto incluye la liberación y divulgación apropiadas de mis expedientes médicos de acuerdo con las disposiciones de privacidad a mis médicos y otros profesionales de la salud cuando sea necesario para mi tratamiento y mi salud en general. La instalación tiene permiso para revelar información pertinente a los miembros de mi familia, amigos o cuidadores designados que pueden estar presentes conmigo en la instalación y si no estoy en la instalación mi información personal de salud no será revelada a menos que esté de acuerdo con ella.

CONSENTIMIENTO PARA
CONTACTO

Doy permiso para que Saratoga Surgical Center se comuniqué conmigo a través del teléfono de casa, teléfono celular y / o correo electrónico para la programación, el seguimiento y los resultados de las pruebas, y entiendo que puedo recibir llamadas automatizadas con respecto a las preguntas de facturación y pago.

He leído y entiendo esta carta con respecto a la política financiera de Saratoga Surgical Center.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente no puede firmar o es menor de edad, por favor firme abajo:

Guardián legal: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____