

## POLÍTICA DE FACTURACIÓN AL PACIENTE

### POLÍTICA DE PAGO Y ESTIMACIÓN DE BENEFICIOS

**A NUESTROS PACIENTES:** A efectos de ayudarlos a responder las preguntas que puedan tener, hemos destacado nuestras políticas de pago más abajo. Si tuviera preguntas adicionales, siéntase libre de discutir las con nosotros en cualquier momento.

**Política de Pago:** Se les solicitará a los pacientes sin cobertura que paguen el total al momento de recibir el servicio. Aceptamos todas las formas de pago. Tenga en cuenta: las cuentas con saldo adeudado serán remitidas a una agencia de cobro si la cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 90 días de la fecha de su primera liquidación. Puede realizar pagos en línea en ([www.touchstoneimaging.com](http://www.touchstoneimaging.com)). Si necesita asistencia financiera o un plan de pagos, llame al 1-877-275-9077. Touchstone podrá aplicar pagos recibidos a cualquier saldo pendiente. Los pacientes serán responsables a nivel financiero por cualquier cargo por devolución de cheques en el que incurra Touchstone.

**Estimación de Beneficios:** Si nos presentamos ante su seguro, tenga en mente que hacemos todos los esfuerzos para cobrarle únicamente la parte que usted debe al momento de recibir el servicio. Sin embargo, esta es solo una estimación y podría tener una parte remanente a pagar en concepto de copago, coseguro o franquicia. Su plan de seguro le enviará una «Explicación de Beneficios» (EOB, por sus siglas en inglés) que le explica cómo se procesó su reclamo. Recibirá un estado de cualquier saldo que adeude luego de que recibamos el pago de su aseguradora(s). Como servicio a usted, nos esforzamos por proporcionarle la información más precisa en relación a la participación en las redes (por ejemplo, dentro de la red vs. fuera de la red) y el costo que usted tiene como nuestro paciente. Sin embargo, estas son estimaciones basadas en la información disponible de su aseguradora y se encuentran sujetas a cambio, teniendo en cuenta la decisión final del seguro en relación a su reclamo. Es su responsabilidad verificar con su aseguradora la participación de nuestras instalaciones en las redes, así como beneficios al paciente que usted recibe en nuestras instalaciones. Si su seguro le negara su reclamo por razones que exceden nuestro control, usted asume la responsabilidad de pago por su reclamo.

**Asignación de Beneficios:** El abajo firmante por el presente autoriza a Touchstone Diagnóstico Médico por Imágenes a divulgar mi información médica y de otra índole, necesaria para procesar mis reclamos por los servicios que me prestara o que prestara mi dependiente.

**Autorización a pagar:** El abajo firmante por el presente autoriza al pago de beneficios médicos al médico o proveedor de los servicios prestados a mí o a mi dependiente en conexión con los estudios de imágenes realizados por Touchstone Diagnóstico Médico por Imágenes.

### CONSENTIMIENTO A COMUNICACIONES:

Autorizo a Touchstone Diagnóstico Médico por Imágenes, sus representantes, agentes y terceros vendedores a contactarme mediante la utilización de agentes en vivo, mensajes de voz, mensajes pre-grabados, auto llamadas, correos electrónicos y/o mensajes de texto a cualquier número de teléfono (incluidos números inalámbricos) o dirección de correo electrónico proporcionada o asociada conmigo o con mi representante

personal en conexión con cualquier tema relacionado con mi tratamiento, pago o cuenta, incluidos sin limitación la programación, recordatorios de citas, facturación, pagos, cobros, encuestas al paciente e información sobre productos y servicios que sean de mi interés. Autorizo a Touchstone Diagnóstico Médico por Imágenes, su representante, agentes y terceros vendedores a enviarme mensajes sin encriptar a través del uso de estos medios de comunicación. El otorgamiento de este consentimiento no es una condición para recibir un servicio o tratamiento médico. Entiendo que también puedo negarme a recibir otras comunicaciones a través de las opciones para darme de baja, conforme las instrucciones proporcionadas.

Al firmar abajo, reconozco por el presente que he leído, entendido y prestado consentimiento a todas las políticas aquí establecidas.

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

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_