

# AVISO DE POLITICAS DE OFICINA

## SMART ORTHOPAEDIC SURGERY

### ESTE AVISO DESCRIBE LAS POLITICAS DE NUESTRA OFICINA E INFORMACION.

#### I. ASIGNACION DE BENEFICIOS

Con la presente, cedo a Jothi Murali-Larson., dba SMART Orthopaedic Surgery, 429 Llewellyn Ave, Campbell, Ca, todos mis derechos, títulos e intereses sobre todas y cada una de las prestaciones medicas y/o quirúrgicas que me corresponden por El tratamiento medico.

#### II. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco que soy responsable de pagar a Jothi Murali M.D., Inc./ SMART Orthopaedic Surgery en la medida en que la aseguradora, el plan o el pago correspondiente no lo haga. Estoy de acuerdo en que soy responsable de pagar a Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery el importe total de los gastos del tratamiento medico proporcionado por Jothi Murali-Larson, M.D.

Me comprometo a remitir inmediatamente a Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery, todos los pagos sujetos a esta cesión que, no obstante, recibida directamente del asegurador, plan o pagador correspondiente. Entiendo que mi falta de remisión inmediata de dichos pagos a Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery, puede hacer que incurra en costos de cobranza y honorarios de abogados para cobrarme dichos pagos, y acepto que seré responsable de los costos de cobranza y los honorarios de abogados de Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery (mas los intereses sobre mi saldo pendiente a una tasa del 10% anual o la cantidad máxima permitida por la ley), si recibo pagos sujetos a esta asignación y no remito inmediatamente los pagos a Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery.

#### III. AUTHORIZATION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA CON FINES DE FACTURACION

Con la presente autorizo compartir información medica necesaria para presentar una reclamación a mi compañía de seguros o a otra tercera parte pagadora. Estoy de acuerdo con la cesión de los beneficios que de otro modo serian pagaderos a Jothi Murali M.D., Inc./SMART Orthopaedic Surgery.

#### IV. POLITICA DE NO PRESENTACION Y CANCELACION

Reconozco que las cancelaciones de citas deben hacerse con al menos 24 horas de antelación. En el caso de que no se presente a una cita o se cancele el mismo día, se me cobraran \$75 dólares. Entiendo que este cargo no será cubierto por mi seguro medico, ya que no es un gasto medico.

#### V. FORMAS

Reconozco que se me cobrara \$25 dólares por cualquier formulario de hasta 5 paginas, como los formularios de discapacidad. Las paginas adicionales de papeleo tendrán un costo de \$10 dólares por pagina. Debido a la complejidad y el volumen de este papeleo recibido en la oficina, permita a la oficina de 7 a 10 días hábiles para completar dichas formas.

# ACEPTACION

Confirmando que he revisado el aviso adjunto de las políticas de la oficina con respecto a:

- Asignación de Beneficios
- Responsabilidad Financiera
- Autorización para compartir información médica con fines de facturación
- No presentación y cancelación dentro de 24 horas: \$75 dólares de honorarios
- Formas: \$25 dólares hasta 5 páginas y \$10 dólares por cada página extra
- Aviso y reconocimiento de HIPAA