

Acuerdo de Gravamen Consensual de SimonMed

Nombre del Paciente: _____ Fec. Nac. ____/____/____ Fecha de la Lesión: ____/____/____

| | |
|---------------------------|--|
| Nombre del Abogado: _____ | Nombre de la Empresa: _____ |
| Domicilio: _____ | Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ |
| Teléfono: _____ | Fax: _____ Correo Electrónico: _____ |

Información de Facturación: Por favor ponga sus iniciales en una opción para indicar la preferencia de facturación.

_____ Elijo que SimonMed Imaging no facture a mi seguro médico por los servicios prestados en SimonMed Imaging. Entiendo que soy responsable de los cargos totales facturados por mis imágenes. Además, acepto que SimonMed Imaging tiene derecho a un gravamen consensual como se describe en A.R.S § 33-931(F) para cobrar cualquier acuerdo, sentencia o indemnización que reciba como resultado del incidente que provocó mis lesiones. Entiendo que SimonMed no facturará a mi seguro médico por estos servicios en el futuro.

_____ Elijo facturar a mi seguro médico por todos los servicios realizados en SimonMed Imaging. Entiendo que mi examen puede ser postpuesto y reprogramado en espera de autorización. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro y cargo facturado por cualquier servicio no cubierto según lo determine mi seguro médico. Además, acepto que SimonMed Imaging tiene derecho a un gravamen consensual como se describe en A.R.S. § 33-931(F) para cobrar cualquier deducible, copago, coseguro y cargos facturados no pagados por cualquier servicio no cubierto de los fondos de cualquier acuerdo, sentencia o indemnización que reciba como resultado del incidente que provocó mis lesiones.

_____ No tengo seguro médico. Entiendo que soy responsable de los cargos totales facturados por mis imágenes. Además, acepto que SimonMed Imaging tiene derecho a un gravamen consensual como se describe en A.R.S. § 33-931(F) para cobrar cualquier impago de los fondos de cualquier acuerdo, sentencia o indemnización que reciba como resultado del incidente que provocó mis lesiones.

_____ Elijo facturar a mi seguro de automóvil por todos los servicios realizados en SimonMed Imaging. Entiendo que soy responsable de los cargos facturados completos que mi seguro de automóvil no pague. Además, acepto que SimonMed Imaging tiene derecho a un gravamen consensual como se describe en A.R.S § 33-931(F) para cobrar cualquier cargo impago de los fondos de cualquier acuerdo, sentencia o indemnización que reciba como resultado del incidente que provocó mis lesiones.

Su Compañía de Seguro de Auto: _____ Nombre del Ajustador: _____

Número de Póliza: _____ Número de Reclamo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Entiendo completamente que soy directa y únicamente responsable de todos los cargos impagos facturados por SimonMed Imaging por los servicios que me brindó independientemente de si recibo algún fallo o indemnización como resultado del accidente.

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida a un Abogado

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud protegida en posesión de SimonMed Imaging, incluyendo informes, imágenes y registros de facturación, a mi abogado mencionado anteriormente. Por la presente libero a SimonMed Imaging a sus empleados de toda responsabilidad por cumplir con la solicitud de autorización para la divulgación de información médica. Entiendo que es posible que el destinatario divulgue la información de mis registros médicos a otras partes. Este consentimiento caducará cuando se resuelva el caso. He dado mi consentimiento de forma libre, voluntaria y sin coacción. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre



Acuerdo de Gravamen Consensual de SimonMed

que notifique por escrito a SMI Imaging, LLC, SimonMed Imaging, Inc., SimonMed Imaging, una corporación profesional (colectivamente SimonMed Imaging) a tal efecto. Entiendo que cualquier divulgación que se haya realizado antes de mi revocación de conformidad con esta autorización no constituirá una violación de mis derechos de confidencialidad. Entiendo que una fotocopia/facsímil de esta autorización se considera aceptable en lugar del original.

Autorización para que el Abogado Retenga los Fondos del Acuerdo o Sentencia para Pagar a SimonMed Imaging

Por la presente autorizo y ordeno a mi abogado mencionado anteriormente que (1) retenga de cualquier acuerdo, sentencia o indemnización resultante del accidente un monto igual a todos y cada uno de los cargos impagos adeudados a SimonMed Imaging por los servicios médicos que me brindó SimonMed Imaging; y (2) pagar dichas sumas directamente a SimonMed Imaging. Por la presente reconozco que SimonMed Imaging me ha brindado y/o me brindará servicios médicos como resultados por dicha lesión. Por la presente, doy además un derecho de retención sobre mi caso a SimonMed Imaging contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o indemnización que pueda pagarse a SimonMed Imaging, a mi abogado o a mí mismo, como resultado de las lesiones por las que he sido tratados o lesiones relacionadas con el mismo.

Al firmar y devolver lo siguiente, se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses del proveedor médico, SimonMed Imaging no esperará el pago, pero podrá declarar el saldo total adeudado y pagadero. Entiendo que una fotocopia/facsímil de esta autorización se considera aceptable en lugar del original.

Por favor feche, firme y devuelva una copia a SimonMed Imaging y conserve una copia para sus registros.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor envíe por correo electrónico este Acuerdo de Gravamen Consensual completo a attorney@simonmed.com o envíelo por fax al 602-302-5999

Departamento de Facturación de PI