

POLITICA DE PAGOS

CO-PAGO: Todos los copagos devén ser pagados al momento del registro. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito.

RECLAMASIONES DE SEGURO: Si nos ha presentado información del seguro medico que tiene una dirección dentro de la reclamación en su nombre. Usted será responsable de cualquier comunicación posterior con su compañía de seguros y es su responsabilidad conocer su plan de seguro.

SERVICIOS SIN COBERTURA: Las cuentas de auto pago son pacientes sin seguro médico, fuera de los planes de seguro medico del país o pacientes que no pueden presentar seguro elegibilidad. El pago se espera dentro de 60 días. Si el pago por completo no se puede hacer, la especialista de AR discutirá opciones del pago con usted. Llámala al 970-728-3848 extencion#190.

NO PAGO: Si su cuenta es de más de 90 días vencidos y no se ha puesto en contacto con nosotros para establecer los acuerdos de pago, su cuenta será remitida a una agencia de cobranzas. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobranzas para cobro, usted deberá pagar los gastos reales de honorarios y cobros del abogado.

ASIGNACIÓN DE PAGOS DE BENEFICIOS DE SEGURO: Por la presente autorizo a cualquier tercero responsable de cualquier porción de los servicios médicos cubiertos por TMC para hacer el pago directamente a TMC y/o WESTERN COLORADO RADIOLÓGICO Y ASOCIADOS y/o LAB CORP. Reconozco que esta asignación de beneficios es irrevocable y asigna al proveedor médico todos los derechos bajo mis Pólizas de mi seguro. También entiendo que soy financieramente responsable de TMC y o WCRA y/o LAB CORP por cargos no cubiertos por cualquier seguro o pagador de terceros.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS INALÁMBRICAS: Al firmar a continuación, autorizo a ser contactado por correo ordinario, texto, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono celular con respecto a cualquier asunto relacionado con la cuenta referenciada por el acreedor, sus sucesores o cesionarios. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizado o adicional que pueda proporcionar e incluye el contacto que emplea el marcador automático o la tecnología de marcador sin supervisión y/o los mensajes pregrabados.

ACCIDENTE DE VEHÍCULOS DE MOTOR Y COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR: Nosotros facturaremos a su compañía de seguros de vehículos de motor o a la Compañía de compensación del trabajador. Si el reclamo es denegado usted será responsable del pago total.

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE POLÍTICA DE PAGO. HÁGANOS CUALQUIER PREGUNTA QUE PUEDA TENER, LUEGO FIRME Y ESCRIBA SU NOMBRE Y LA FECHA DE HOY EN EL ESPACIO AL FINAL DE ESTA PÁGINA. USTED PUEDE LLEVARSE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS.

Firma Del Paciente o persona responsable

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o persona responsable

Fecha