|  |
| --- |
| Nombre del Paciente:  |
| Fecha de nacimiento: |



**POLÍTICA DE PAGOS DE LA CLÍNICA DE TELLURIDE**

**Por favor, lea la siguiente política de pagos y, si tuviera alguna pregunta, por favor, comuníquenoslo. Firme y escriba su nombre en letra imprenta y la fecha de hoy al final de este formulario.**

**Copago:** El copago debe ser abonado al momento de registrarse. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

**Reclamos al seguro médico:** Si nos ha presentado información de su seguro médico con dirección dentro de Estados Unidos y que no es Medicaid de otro estado, entonces nosotros presentaremos el reclamo en su seguro. Sin embargo, usted será responsable de cualquier comunicación posterior con su seguro médico y de cualquier saldo pendiente luego de que se haya procesado el reclamo. Es su responsabilidad conocer cuál es el plan que tiene. Si no sabe si la clínica de Telluride trabaja con su seguro médico, por favor, llámelos para verificar con ellos si tiene cobertura aquí.

**Pacientes sin cobertura médica:** Se espera el pago del saldo adeudado dentro de los 60 días de haber sido atendido para aquellos pacientes sin seguro médico, con seguro médico de otro país o con seguro médico no elegible en esta clínica. Si no puede realizar el pago completo, o si tiene preguntas, por favor, comuníquese al 888.862.6085 para analizar opciones de pago.

**Incumplimiento de pago:** Si tiene un saldo pendiente de más de 90 días y no se ha puesto en contacto con la clínica para establecer un plan de pago, su cuenta será remitida a una agencia de cobranzas. En dicho caso, usted deberá abonar gastos adicionales de honorarios y de gestión de cobro.

**Asignación de beneficios del seguro médico:** Por la presente autorizo a cualquier tercero responsable de cualquier porción de los servicios médicos cubiertos por la clínica de Telluride para hacer el pago directamente a la clínica y/o *Mountain Radiology*, *Lab Corp*, *Myriad*, *Ambry Genetics o el Departamento de Dermatología de la Universidad de Utah.* Reconozco que esta asignación de beneficios es irrevocable y asigna al médico todos los derechos de la póliza del seguro. También entiendo que soy financieramente responsable respecto de la clínica de Telluride, *Mountain Radiology*, *Lab Corp*, *Myriad*, *Ambry Genetics o el Departamento de Dermatología de la Universidad de Utah* por cargos no cubiertos por el seguro médico u otro tercero responsable de los pagos.

**Servicios de descuento** Al firmar este formulario, reconozco que he recibido información y todo lo necesario para solicitar la Asistencia Financiera que ofrece la clínica. Entiendo que, si la solicitud no se presenta dentro del plazo establecido o si no presenta toda la documentación requerida, no será elegible para dicho programa ni para ningún otro descuento.

**Consentimiento para llamadas telefónicas:** Al firmar a continuación, autorizo para ser contactado por correo postal, texto, correo electrónico o por teléfono (incluyendo teléfono celular) con respecto a cualquier asunto relacionado con la cuenta de referencia ya sea por el acreedor, sucesor o cesionario. Este consentimiento incluye toda información de contacto actualizada o adicional que pueda proporcionar. Asimismo, incluye contacto a través de marcado automático o tecnología de marcado sin supervisión y/o de mensajes pregrabados.

**Accidentes automotores y compensación del trabajador:** La clínica facturará a su seguro automotriz o a la compañía de compensación del trabajador. Si el reclamo es denegado, usted será responsable del pago total de lo adeudado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma del Paciente o Persona Responsable** **Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta del paciente o responsabl**