

Formulario de Registro de Pacientes

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Direccion Calle o Apartado: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____
 Telefono Domicilio: _____ Telefono Celular: _____
 Numero Seguro Social: _____ Masculino: _____ Femenino: _____
 Nombre del Empleador: _____ Telefono de Trabajo: _____
 Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____
 Compania de Seguros: _____ Numero de Poliza: _____

Póliza de Facturación del Paciente

Póliza de pago y estimación de beneficios

PARA NUESTROS PACIENTES: Para ayudarlo a responder las preguntas que pueda tener, a continuación describimos nuestras pólizas de pago. Por favor, siéntase libre de discutir esto con nosotros en cualquier momento, si tiene preguntas adicionales.

Póliza de Pago: Las cuentas se pagan después de que su compañía de seguros haya pagado su reclamo, o dentro de los 30 días de su primer estado de cuenta. A los pacientes que pagan por su cuenta, se les pedirá que paguen el monto total al momento del servicio. Aceptamos todas las formas de pago. Tenga en cuenta que las cuentas vencidas se entregarán a una agencia de cobranza si la cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su primer estado de cuenta. Puede hacer pagos en línea en www.touchstoneimaging.com. Si necesita asistencia financiera o un plan de pago, llame al 1-877-275-9077. Touchstone puede aplicar los pagos recibidos a cualquier saldo pendiente. Los pacientes serán responsables financieramente de cualquier tarifa de cheque de devolución en la que incurra Touchstone.

Estimación de Beneficios: Si nos presentamos ante su seguro, tenga en cuenta que hacemos todo lo posible por cobrar solo la parte que debe al momento del servicio. Sin embargo, esto es solo una estimación y es posible que tenga una parte restante para pagar como copago, coseguro o deducible. Su plan de seguro le enviará una “Explicación de beneficios” (EOB) que explica cómo se procesó su reclamo. Recibirá un estado de cuenta del saldo que adeude después de que recibamos el pago de su (s) seguro (s). Como servicio para usted, nos esforzamos por proporcionar la información más precisa con respecto a la participación de la red (es decir, dentro de la red frente a fuera de la red) y el costo para usted como nuestro paciente. Sin embargo, estas son estimaciones basadas en la información disponible de su compañía de seguros y sujetas a cambios, dada la deliberación final de su reclamo por parte de su seguro. Es su responsabilidad verificar la participación de nuestras instalaciones en la red con su compañía de seguros, así como los beneficios para el paciente que recibe en nuestras instalaciones. En caso de que su seguro rechace su reclamo por razones fuera de nuestro control, usted asume la cuenta. He leído y entiendo la póliza mencionada anteriormente y la estimación de beneficios. **Iniciales:** _____

Asignación de Beneficios y Autorización de Pago: Yo, el abajo firmante, autorizo a Touchstone Medical Imaging a divulgar cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para procesar mis reclamos por servicios prestados a mí o a mi dependiente. **Iniciales:** _____
Autorización de Pago: Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor por los servicios prestados a mí o a mi dependiente en relación con los estudios de imágenes realizados por Touchstone Medical Imaging. **Iniciales:** _____

Procedimientos de Colección y La Ley TCPA: Autorizo a Touchstone Medical Imaging, sus cesionarios y agentes de colección de terceros a utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarme conmigo. Esto incluye, pero no se limita a, teléfono residencial, teléfono celular, teléfono de empleo y comunicaciones por correo electrónico / texto. Por la presente, otorgo permiso y consentimiento para que Touchstone Medical Imaging, sus cesionarios y los agentes de cobro de terceros realicen llamadas a mi teléfono residencial, teléfono celular y teléfono de empleo; dejar mensajes (ya sea voz o texto); y utilizar mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o dispositivos de marcación automática en conexión con cualquier comunicación para mí. La información solo se proporcionará a los beneficiarios de Touchstone Medical y a la colección de terceros para cobrar los saldos pendientes. **Iniciales:** _____

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto todas las políticas establecidas en este documento.

Fecha: _____

Firma del Paciente / Guardián: _____