



Términos y Condiciones Financieras

Gracias por elegir a los proveedores en Sublette County Hospital District (SCHD) para sus necesidades de atención médica. Nos comprometemos a garantizar que todos los aspectos de los servicios que recibe aquí, incluida su facturación, sean agradables y se manejen de manera rápida, amigable y bien informada. Si tiene algún comentario, pregunta o inquietud con respecto a sus servicios, no dude en informar a nuestro personal sus pensamientos y sugerencias.

Información de seguros

Estamos en contrato con varias compañías de seguros. Póngase en contacto con nuestro departamento de facturación si su seguro está contratado con nuestras instalaciones. Para su cortesía, presentamos reclamos a la mayoría de las compañías de seguros una vez. Sin embargo, es su obligación hacer un seguimiento de la presentación de reclamos y abordar todas las denegaciones con su compañía de seguros sobre reclamos que han sido transferidos a su responsabilidad. Siempre estamos encantados de ayudarle, pero en última instancia, cualquier disputa entre usted y su compañía de seguros es su responsabilidad.

Citas no presentadas

Para garantizar que las citas estén disponibles para todos nuestros pacientes y que los tiempos de espera de los pacientes no se retrasen, requerimos que nuestros pacientes notifiquen ampliamente si no puede llegar a su cita programada. Si no se da suficiente aviso previo, el SCHD se reserva el derecho de evaluar una tarifa de no presentación de \$25.00 a su cuenta.

El pago se espera en su totalidad en el momento del servicio

El Sublette County Hospital District (SCHD) entiende que hay momentos en los que se deben hacer arreglos de pago. Sin embargo, a cualquier cuenta con un saldo impago de más de 90 días de antigüedad se le puede cobrar un cargo por intereses de hasta un 18% APR.

Falta de pago

La falta de pago hará que su cuenta se coloque en un proceso de cobro interno. Si los pagos continúan sin realizarse de forma regular, su cuenta se entregará a una agencia de cobro externa. Se agregarán tarifas de morosidad si es necesario reenviar su cuenta a una agencia de cobro externa.

Permisos de mensajes

Doy permiso a esta oficina, sus proveedores de servicios, agencias de cobranza, sucesores y cesionarios para: 1) marcar (incluidas las llamadas de marcación automática) cualquier número de teléfono (incluidos los teléfonos celulares) proporcionado por mí o de otra manera propiedad mía o de mi cónyuge. 2) dejar un mensaje (incluidos los mensajes automatizados) de cualquier número de teléfono (incluidos los teléfonos celulares) proporcionado por o de otra manera propiedad mía o de mi cónyuge, que puede incluir el nombre de la compañía que marca la llamada. 3) Comunicarse conmigo por correo electrónico a cualquier dirección de correo electrónico proporcionada por mí o mi cónyuge con respecto a los servicios prestados y mis obligaciones financieras con respecto a esos servicios.

Asistencia financiera

Estaremos encantados de trabajar con cualquier persona en dificultades financieras estableciendo un plan de pago o ayudando a solicitar nuestro programa interno de Ayuda Financiera. Por favor, pregunte a cualquier miembro del personal con respecto a la ayuda o información necesaria.

Cargos adicionales

A los cheques que nos devuelve su banco como falta de pago se les puede acceder a una tarifa adicional de \$25.00.

Divulgación de la propiedad

El SCHD tiene intereses de propiedad en los servicios de laboratorio y radiología en el lugar. Nuestros proveedores pueden recomendarle que reciba estos servicios en el sitio. Informe a su proveedor de tratamiento si prefiere recibir atención o pruebas en un lugar diferente, como Cheyenne Laboratorio, Sweetwater o Jackson Hospital.

Asignación

Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que se paguen directamente al SCHD.

X Firma: _____

Nombre impreso: _____

(Personal de oficina)

Witnessed by: _____ Date: _____

Patient Refused / Neglected to Sign this Document: _____