

## COMPROMISO DE PAGO

Yo, \_\_\_\_\_ me comprometo a pagar la totalidad de el (los) estudio(s) realizados en la facilidades de **InSight Radiology Puerto Rico**, de acuerdo a los costos de plan privado establecidos al momento de recibir los servicios, en caso de que mi plan médico se negara a pagar, por cualquier razón, incluyendo quiebra del mismo. Entiendo que puedo solicitar la información de dicho costo para el estudio en particular a realizarse en el día de hoy.

- El pago deberá ser realizado dentro de un plazo no mayor de tres días laborables después de haber sido notificado por escrito o por teléfono por uno de los representantes de este centro. Algunos planes médicos se han tomado años en procesar sus gestiones de pago a los proveedores de servicios médicos. Debido a esto, entiendo que esta notificación podrá tomar lugar meses o años luego de la realización de mis estudios.
- Si el cheque con el que realizara el pago es devuelto por el banco por falta de fondos, me comprometo a pagar \$20 adicionales a la cantidad original mediante ATH, tarjeta de crédito o efectivo, tan pronto yo sea notificado(a) por el Centro.
- Me responsabilizo a proveer la información correcta en cuanto a mi seguro de salud, de manera que pueda ser actualizado en mi expediente.
- Todo paciente de Medicare es responsable de pagar la visita hasta tanto no presente evidencia (carta de Medicare) de haber cubierto su deducible anual correspondiente al año actual.
- En los casos que no se realice Coordinación de Beneficios al plan secundario del paciente, se cobrará el deducible aplicable y se le proveerá recibo para solicitar reembolso al plan correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o tutor autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha