

Inspiring Talkers Therapy and Learning Center

10184 East I-25 Frontage Rd.
Firestone, CO 80504
phone: 720-378-6670
fax: 720-464-6077



5689 McWhinney Blvd.
Loveland, CO 80538
phone: 970-292-8473
fax: 720-464-6077

www.inspiringtalkers.com

Informacion de Seguro Medico y Póliza Financiera

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medico principal: _____ Telefono: _____

Favor de Indicar cual seguro medico se usara:

Medico Privado Medico

Seguro Medico #1 Nombre: _____

Nombre del responsable del seguro medico y fecha de nacimiento: _____

Numero del seguro medico: _____ Numero de Grupo: _____

Seguro Medico #2 Nombre: _____

Nombre del responsable del seguro medico y fecha de nacimiento: _____

Numero del seguro medico: _____ Numero de Grupo: _____

****Favor de proveer una copia de la o las tarjetas de seguro medico a Inspiring Talkers****

Inspiring Talkers agradece que nos haya elegido para satisfacer sus necesidades terapéuticas. Los servicios que ha elegido para participar implican una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad lo obliga a garantizar el pago completo de nuestros honorarios. Como cortesía intentaremos verificar su cobertura y fracturarle a su seguro medico en su nombre. Sin embargo, usted es el responsable final del pago de su fractura.

Usted es responsable del pago de cualquier deducible y copago/coseguro determinado por su contrato con su compañía de seguro medico. Esperamos lo Co-pago's al tiempo de servicio. Muchas de las compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de los pagos no cubiertos por su aseguradora.

He leído la póliza anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con Inspiring Talkers, para proporcionar servicios a mí o al paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Autorizo a mi aseguradora a pagar directamente a Inspiring Talkers, el cobro completo y totalidad de la fractura incurrida por mí o por el paciente mencionado anteriormente.

Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Pagos de Reclamaciones Realizados Directamente al Titular de la Póliza

Entiendo completamente que cualquier pago realizado directamente al tenedor de la póliza se debe hacer a Inspiring Talkers dentro de 3 semanas.

Firma de la Parte de Responsable: _____ Fecha: _____

Póliza de Co-Pago

Algunas aseguradoras de salud requieren que el paciente pague un co-pago por los servicios prestados. Se espera que se pague al tiempo de servicios.

Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Póliza de Auto-Pago

No tengo seguro medico ni deseo que mi seguro se fracture por los servicios prestados aquí en Inspiring Talkers. Seré responsable de todos los costos y acepto pagarle a Inspiring Talkers la cantidad total y completa del tratamiento que se me administre a mí o al paciente mencionado anteriormente.

Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: _____