

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Center for Advanced Eye Care, para sus necesidades de atención de la vista. Nos comprometemos a darle el mejor tratamiento disponible. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera.

Todos los nuevos pacientes deben completar nuestros formularios de inscripción para pacientes antes de atenderse con un médico.

- *TODOS LOS COPAGOS SE DEBEN PAGAR EN LA FECHA DEL SERVICIO*
- *A MENOS QUE FACTUREMOS A SU SEGURO, SE DEBE HACER EL PAGO TOTAL EN EL MOMENTO DEL SERVICIO*
- *PARA SU COMODIDAD, ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, TODAS LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO Y CARE CREDIT*
- *LOS CHEQUES DEVUELTOS ESTÁN SUJETOS A UN CARGO*

EN RELACIÓN CON EL SEGURO: su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Le facturaremos a su plan de seguro si nos da la información correcta. ***Tenga en cuenta que algunos de los servicios que se prestan tal vez no sean servicios cubiertos o no se consideren médicamente necesarios según su plan de seguro.*** Usted, como paciente, es el responsable final de pagar todos los servicios que presta Center for Advanced Eye Care. Aunque el pago es su responsabilidad, lo ayudaremos a negociar un acuerdo con su compañía de seguros, si hubiera disputas de reclamos.

PACIENTES CON COBERTURA MÉDICA Y DE LA VISTA: el fin de su seguro de la vista es darle un examen de la vista de rutina. Si lo evaluaran por motivos médicos (trastornos de la córnea, diabetes, cataratas, sospecha de glaucoma, vista doble, etc.) a usted se le está dando atención médica. En general, su compañía de la vista no da cobertura de atención médica. Por lo tanto, presentaremos un reclamo a su seguro médico por visitas relacionadas con quejas y problemas médicos. Su médico podrá responder cualquier pregunta sobre su tratamiento.

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA: solo le prestaremos un servicio si creemos que es médicamente necesario. Habitualmente hacemos pruebas de diagnóstico, que algunas aseguradoras no las cubren. Por lo tanto, si su compañía de seguros determina arbitrariamente que un servicio que le hemos prestado no es un beneficio cubierto, usted deberá pagar la factura.

Iniciales del paciente

Fecha

CESIÓN DE BENEFICIOS

Pido que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o de otra compañía de seguros se haga en mi nombre o en nombre de mis dependientes a Center for Advanced Eye Care por cualquier servicio prestado. Aplican reglamentaciones sobre la cesión de beneficios de Medicare. Center for Advanced Eye Care acepta la cesión de la Parte B de Medicare.

Autorizo a Center for Advanced Eye Care a entregar información médica o de otro tipo sobre mí o sobre mis dependientes a compañías de seguros por reclamos relacionados de Medicare o de otras compañías aseguradoras. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y pido que la parte que acepta la cesión me proporcione los beneficios de seguro médico. Entiendo que es obligatorio que informe al proveedor de atención médica de cualquier otra parte responsable de pagar mi tratamiento o el de mis dependientes. Acepto pagar todos los cargos del tratamiento. Acepto que no retendré ni demoraré los pagos si Medicare u otra compañía de seguros se negaran a pagar cualquiera de mis cargos o los de mis dependientes.

Firma

Fecha