

Responsabilidad Financier del Paciente

Reconociendo la necesidad para que nuestros pacientes entiendan que es la expectativa referente al pago de los servicios medicos, hemos establecido esta poliza financier, algunos de estos requisitos son requeridos por ley. Es nuestra meta de ser considerados y sensibles a las necesidades de nuestros pacientes pero a la misma vez proveer la mejor calidad medica posible. Por favor de contactar a la oficina si tiene algun problema con su cuenta.

1. **TODOS LOS CO-PAGOS Y CO ASEGURANSAS DEBEN SER PAGADOS AL TIEMPO DE SU VISITA.** Nosotros aceptamos tarjetas de credito, debito, y hay un cargo de \$25 por cheques sin fondos.
2. **ES OBLIGACION DEL PACIENTE CONOCER TODO LO RELACIONADO A SU ASEGURANSAS SI TIENE CO-PAGO O DEDUCIBLE:** Si su aseguransa requiere una referencia de su doctor primario para que su visita sea pagada, usted necesita asegurarse de traerla a su visita.
3. **NUESTRA OFICINA SERA RESPONSABLE DE LLENAR LOS RECLAMOS DE TODAS LAS ASEGURANSAS DEL PACIENTE POR LOS SERVICIOS EN NUESTRA OFICINA:** Sin informacion correcta y completa no sera posible obtener el pago de la aseguransa.
4. **SI NO TIENE ASEGURANSAS** Usted debe de pagar antes de su visita, al menos que haya echo arreglos con la gerente.
5. **USTED RECIBIRA UN ESTADO DE CUENTA DE LO QUE PAGO O NO PAGO SU ASEGURANSAS EN 45 DIAS.** Si usted no esta de acuerdo puede contactar a su aseguransa. La porcion del paciente se debera a ser pagado cuando reciba el estado de cuenta.
6. **NOSOTROS SOMOS PARTICIPANTES CON MEDICARE:** Esto significa que nosotros cobraremos el 80% a medicare y el 20% de la cantidad aprobada por MEDICARE. Nosotros ajustaremos la diferencia entre lo que nosotros cobramos y paga el MEDICARE. Si tienen alguna aseguransa secundaria, nosotros someteremos los cargos restantes asignacion de MEDICARE, el paciente por ley es responsable por cualquier porcion de la cantidad no pagada por MEDICARE o la aseguransa secundaria.
7. **REFRACCION:** El examen de refraccion es una prueba que se realiza para medir la capacidad que posee una persona para ver un objeto desde una distancia especifica. Es parte de su examen, pero NO es un procedimiento cubierto por MEDICARE o la mayoría de las aseguransas, es un servicio separado.
8. **EN CASO DE QUE SU PAGO SE REGRESE, TENEMOS LA OPCION DE VOLVER A METER EL PAGO ELECTRONICAMENTE A SU INSTITUCION FINANCIERA.** Tambien tenemos el derecho de cobrar un cargo de \$25 nomas que no exceda lo que permite la ley.

Autorizo a el Doctor y el personal de **CORNEA & CATARACT** a que atiendan y realizen los procedimientos correspondientes para tratar y diagnosticar mis problemas de vision. Entiendo que sere financieramente responsable de mis visitas y servicios dados en **CORNEA & CATARACT**. Yo autorizo a **CORNEA & CATARACT** que de informacion referente a mi estado de salud para reclamos a instituciones federales, estatales, de la ciudad, y agencias gubernamentales. Estoy conciente que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi aseguransa.

FIRMA

FECHA