

HORIZON EYE SPECIALISTS & LASIK CENTER - POLITICAS FINANCIERAS

PACIENTES CON ASEGURANZAS CONTRATADAS:

Si nuestra oficina tiene un contrato con su plan para el cuidado de su salud, nosotros enviaremos su reclamo a su proveedor. Usted esta sujeto a la expectativa de hacerse cargo de el co-pago que es establecido al tiempo de su visita, por su acuerdo contractual con su proveedor de aseguranza. Pacientes que cuenten con la aseguranza proveida por **United Healthcare Group Medicare Advantage** son requeridos a proporcionar un co-pago en cada visita incluyendo visitas postoperatorias.

Usted es responsable por todos los servicios brindados por nuestra oficina que no esten cubiertos por su aseguranza. Por favor contacte su compañía de seguros previa a su visita para confirmar la cobertura de beneficios así como refracciones, exámenes para la obtencion de lentes de contacto y cuidado de los ojos rutinario y los deducibles que puedan ser aplicables a estos.

PACIENTES CON ASEGURANZAS NO CONTRATADAS:

Usted es responsable de le pago en completo al momento de el servicio si nuestros proveedores no estan contratados con su plan de Seguro. Nosotros le proveeremos con un recibo de pago para que usted pueda enviar su reclamo directamente a su aseguranza para su reembolso. Como cortesía, y por sollicitacion personal, nosotros haremos el tramite a su aseguranza si la visita ha sido pagada en completo, en este caso si su aseguranza decide hacerse cargo de los servicios brindados nosotros le reembolsaremos lo sobrepagado directamente a usted. El examen de refraccion para la obtencion de anteojos no es un servicio que es normalmente cubierto por la mayoría de aseguranzas medicas. El cobro por dicho servicio es de **\$65.00**; usted es responsable por el pago de este examen al momento del servicio.

PACIENTES QUE TIENEN PLANES DE SEGURO QUE REQUIEREN UNA REFERENCIA:

Como práctica, haremos todo lo posible para informarle sobre los beneficios de su seguro. Hay ocasiones en las que no nos proporcionan las copias más actualizadas de las tarjetas de seguro. **Si tiene un plan que requiere una remisión, usted es responsable de obtener esa remisión directamente de su PCP.** De no hacerlo, se pueden rechazar reclamaciones de seguro que usted debe pagar.

PACIENTES SIN ASEGURANZA:

Usted es responsable por el pago en completo al momento que se le brinda el servicio.

TODOS LOS PACIENTES PARTICIPANTES DE NUESTRA PRACTICA:

Por favor trae contigo y provee tus tarjetas de Seguro y manten nuestras oficinas informadas de cualquier cambio que ocurra en tu aseguranza, domicilio, numero de telefono y empleo. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de debito, MasterCard, Visa, Discover, American Express, cheques y efectivo.

Problemas con su aseguranza y cobertura siempre cambian. Nosotros nos esforzamos al maximo para interceptor rechazos de pagos a tiempo antes de que sucedan. Su aseguranza puede o puedo no cubrir con los exámenes para el cuidado de los ojos rutinarios.

Estamos legalmente obligados a asignar codigos de procedimiento basados en los servicios brindados, asi sea un examen rutinario o una visita medica urgente o ambos. No Podemos cambiar el codigo asignado a la visita despues para hacer que el Seguro pague por servicios que no son cubiertos.

Basado en el tipo de cobertura con el que usted cuente, algunos o todos los gastos pueden ser aplicables a responsabilidad de el paciente.

CUENTAS DELINCUENTES:

Las cuentas con más de 90 días de demora están sujetas a cobranza/colecciones y cargos de cobranza/colecciones asociados. Si su cuenta se considera sujeta a cobros/coleccion, se agregará a su saldo un 40% adicional de su actual monto total adeudado.

Formas Misceláneas:

Las sollicitudes para completar formularios, es decir, FMLA, licencia de conducir, formularios de discapacidad, etc., están sujetas a una tarifa de **\$30.00**. El cargo por un cheque devuelto es de **\$35.00**.

Aceptación, consentimiento para el tratamiento, divulgación de información, acuerdo financiero y asignación de beneficios:

He leído y comprendo la política financiera y acepto cumplir con los términos de esta política. Yo o mi representante legal, reconociendo la necesidad de atención, damos mi consentimiento para todos y cualquier servicio según lo ordenado por mi médico, incluidos y sin limitarse a; pruebas de laboratorio, exámenes de tratamiento médico o quirúrgico y otros servicios prestados según las instrucciones específicas de mi médico. .

Aunque esta oficina puede ayudarme a presentar cualquier reclamo de seguro, entiendo que soy totalmente responsable por el saldo y estoy de acuerdo que el pago no se retrasará debido a ningún reclamo de aseguranza pendiente. Autorizo que todos los beneficios del seguro, a menos que los haya pagado previamente, se paguen directamente a este médico y también autorizo al proveedor a divulgar cualquier información necesaria para el pago de las reclamaciones.

Nombre del Paciente: _____

Número de Cuenta: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante Legal