

Contrato Financiero

Aceptamos asignación de los pacientes de la Parte B de Medicare. Se espera que el paciente pague el deducible y el 20% que Medicare no paga. Sólo presentamos cobros a **una** póliza secundaria, pero se le puede proveer una copia del cobro para que envíe por correo a cualquier otro seguro médico que tenga.

Autorización de Medicare

Yo entiendo que mi firma autoriza las solicitudes de pago a Medicare en nombre mío y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable sólo por el deducible, co-seguro y los servicios no cubiertos. Co-seguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare.

Nombre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Firma: _____ Política Medicare # _____

Pasadena Eye Associates está comprometido con el éxito en su tratamiento. Por favor, entienda que el pago de su cuenta se considera una parte de su tratamiento. Si usted no tiene su tarjeta de seguro médico vigente o no se puede verificar sus beneficios, tendrá que pagar en efectivo la consulta.

- Todos los pagos de servicios no cubiertos/deducible/co-seguro deben ser pagados al momento del servicio. (Aceptamos: efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit)
- A todos los pacientes sin seguro médico se les pide pagar por todos los servicios del día al final de la consulta al menos que ya tenga un plan de pagos por escrito.
- Todos los pacientes con cobertura de HMO son responsables por tener una referencia de su doctor primario.
- **Todas las cuentas delincuentes, (mas de 60 días sin pagos) pueden ser transferidas al depto. de colecciones. Usted es responsable por todos los cargos adicionales que se cobren por esta transferencia, incluyendo costos de corte y cuotas legales junto con un cobro de \$25 cuota administraría.**
- **Nosotros no nos involucramos con cuentas bajo litigación, casos de trabajo en disputa, casos de divorcio, o accidentes de auto. Usted será responsable por 100% de los cargos el día de su consulta o dentro de 90 días si esta bajo un plan de pago.**
- El adulto que acompaña a un menor de edad y/o padres del menor serán los responsables del pago de la cuenta. Aceptamos asignación de beneficios para los seguros médicos con los que tenemos contratos. El balance que reste después de que su seguro médico o visión procese el reclamo será su responsabilidad. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y ellos. Nosotros no somos parte de ese contacto y no sabemos exactamente cuales beneficios están incluidos o no incluidos. Por favor este sobre aviso de que algunos servicios sean considerados como no cubiertos o no considerados medicamente necesarias. No somos responsables por cualquier error en calcular su porción de pago por los servicios rendidos. Usted es completamente responsable por verificar los beneficios que su póliza le ofrece. Si no tiene seguro médico o de visión, nuestra oficina con gusto puede ofrecerle otras opciones de pago. Nuestra oficina esta comprometida a proveerles el mejor tratamiento a nuestros pacientes y nuestros precios reflejan los usuales basados en precios alrededor de nuestra área. Por favor déjennos saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones.

Yo entiendo y acepto este contrato financiero.

Signature: _____ Date: _____

Divulgación de Información/Asignación de Beneficios/Consentimiento a Tratamiento

Yo autorizo el uso de este formulario en todos los reclamos de seguro en mi nombre y autorizo la divulgación de información necesaria para procesar el reclamo a mi seguro médico o de visión. Yo permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original. Yo autorizo al proveedor que actúa como mi agente en ayudarme obtener pago de la aseguranza. Yo entiendo que el proveedor no acepta responsabilidad en coleccionar mis reclamos o negociar un asentamiento en reclamos disputados. Yo asigno todos los derechos y el reembolso

por los reclamos de los gastos permitidos bajo mi póliza de seguro y autorizo pago directamente al proveedor de los servicios rendidos. Yo entiendo que recibiré un cobro mensualmente por cualquier balance que reste después del pago de mi aseguranza.

El suscrito consiente al tratamiento medico y/o quirúrgico así como sea necesario según índice y recomienda el doctor.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Las autorizaciones firmadas aquí serán validas mientras permanezca el paciente bajo nuestro cuidado al menos que el paciente retracte la autorización por escrito.