

POLÍTICA FINANCIERA DE EYE CENTER 2025

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Cobertura de seguro: Es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina información precisa para facturar su seguro en el momento del servicio. También es su responsabilidad saber si su visita está cubierta por su plan de seguro primario en su totalidad, parcialmente o no está cubierta en absoluto. Por ejemplo, es posible que esté cubierto por su plan de atención médica primaria y por servicios oftalmológicos adicionales con una compañía diferente. Es su responsabilidad saber si tiene una cobertura separada. Si, en el momento del servicio, usted no nos proporciona su cobertura actual y nos informa tarde de la cobertura adicional, usted será responsable de todos y cada uno de los cargos. Con gusto le proporcionaremos un recibo detallado para que lo envíe a su seguro para su reembolso. La información de este tipo solo es 100% precisa si la obtiene directamente de su plan de salud. En caso de que no confirme esta información y el asegurador rechace el pago total o parcial, usted será responsable del costo de los servicios prestados.

Información sobre el seguro médico:

Primario _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Secundario _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Visión _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Exámenes de anteojos y lentes de contacto

Los exámenes de anteojos y lentes de contacto son exámenes separados. Si desea ambos exámenes en su visita, se le cobrará una tarifa de adaptación de lentes de contacto de \$ 45.00. Es posible que las tarifas de adaptación de lentes de contacto no estén cubiertas por su plan de seguro. Requerimos que esta tarifa se pague en el momento del servicio.

Los montos adeudados por

Los copagos del seguro del paciente se cobrarán en el momento del servicio. Si no participamos con su plan de seguro, usted debe proporcionar el pago completo en el momento del servicio. Si está utilizando un seguro, haremos todo lo posible para cobrar tarifas completas y precisas específicas para su plan. Sin embargo, si hay una tarifa que cobra su seguro y no la recogimos en el momento en que se realizó el pedido, debe pagarse en su totalidad antes de que se dispensen las gafas o los lentes de contacto.

Montos determinados como "no cubiertos"

En el caso de que un plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. Un ejemplo de esto es la refracción. Una refracción es una prueba para obtener la mejor visión corregida, para determinar la necesidad de anteojos, cirugía y/o medicamentos. La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, no cubren las refracciones. Nuestra oficina cobrará la tarifa de refracción de \$35.00 y cualquier copago en el momento del servicio.

He leído y entiendo las políticas financieras de Frank Eye Center.

Firma del paciente (o responsable)

Fecha