

## Política Financiera

Gracias por elegir nuestro consultorio como el proveedor de atención oftalmológica de su familia. Nos comprometemos a: brindándole atención oftalmológica de la más alta calidad. Por favor, comprenda que el pago de su factura es se considera parte del cuidado de los ojos. El pago de los servicios es necesario en el momento de su visita, a menos que se han hecho arreglos previos. **El pago se debe realizar para pedir gafas personalizadas o lentes de contacto.** Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, Care Credit, MasterCard, Visa, American Express y Discover.

Tenga en cuenta: Los cheques devueltos estarán sujetos a tarifas adicionales. En el caso de que sera necesario para que nuestra oficina contrate un servicio de cobro y/o asistencia legal; Usted será responsable de cualquier gastos de cobro y/o legales incurridos en nuestra oficina hasta el 33.3%. Los estados de cuenta se envían mensualmente. Los estados de cuenta adicionales enviados por correo después del segundo estado de cuenta incurrirán en un cargo por servicio de \$5.00 por estado de cuenta.

### *¿Tienes seguro?*

Como cortesía, estaremos encantados de presentar su reclamación de seguro y aceptar la cesión del seguro beneficios para hasta dos compañías de seguros de las que somos proveedores participantes. Nuestro personal estará estaremos encantados de ayudarle a determinar su cobertura de seguro. Sin embargo, los beneficios cotizados por su compañía de seguros y su autorización para los servicios no son una garantía de pago.

Aunque presentamos reclamos de seguro como cortesía hacia usted, usted sigue siendo responsable del pago de servicios y materiales en los que incurre, independientemente de si su seguro paga en su nombre. Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y hará que recomendaciones basadas en lo que creemos que es el mejor tratamiento para usted, independientemente de lo que su seguro lo considera habitual y habitual. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención oftalmológica, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Los pagos del seguro se reciben normalmente en nuestra oficina dentro de los 30 a 60 días desde el momento de la presentación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago en los 60 días desde que presentamos su reclamo, la responsabilidad del pago de cualquier saldo restante se transferirá y se le facturará directamente a usted. Es su responsabilidad hacer un seguimiento con su compañía de seguros para obtener el reembolso. Si recibimos un pago de su compañía de seguros después de que se haya pagado su saldo, con gusto le emitiremos un reembolso. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros si se rechaza una reclamación, pagada a una tarifa más baja de lo esperado o si no se ha pagado dentro de los 60 días. Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que pueden ayudar a que se pague su reclamo. Sin embargo, nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre ningún reclamo que no han pagado o no pagarán en su nombre.

Le agradecemos la oportunidad de atender las necesidades de atención de los ojos de su familia y damos la bienvenida a cualquier pregunta relacionada con su atención o nuestra política financiera.

### *Consentimiento:*

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLÍTICA FINANCIERA ANTERIOR. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA PAGAR MIS BENEFICIOS DE LA VISTA/MÉDICOS DIRECTAMENTE A MI CONSULTORIO DEL OPTOMETRISTA. ENTIENDO QUE LA RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE LOS SERVICIOS PROVISTA EN ESTA OFICINA PARA MÍ O MIS DEPENDIENTES ES MÍA, VENCIDA Y PAGADERA EN EL TIEMPO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, A MENOS QUE SE HAYA ESTABLECIDO OTRO ACUERDO FINANCIERO. HECHO. ENTIENDO ADEMÁS QUE UN CARGO DE FINANCIAMIENTO, REFACTURACIÓN, COBRO O LOS HONORARIOS DEL ABOGADO SE PUEDEN AGREGAR A LOS SALDOS VENCIDOS.

X \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha