CUMBRE CUIDADO DE LA VISTA

Póliza de Seguros y Financiera y Póliza y Acuerdo Financiero

Gracias por elegir Summit Eyecare como su proveedor. La siguiente es nuestra Política financiera, Acuerdo y Aviso de prácticas de privacidad. Lea, ponga sus iniciales y firme antes de ser evaluado por uno de nuestros proveedores.

INICIAL:

_____Los copagos y deducibles del seguro deben pagarse al momento del servicio. Una vez que su seguro haya determinado los beneficios, cualquier monto de coseguro o servicio no cubierto será responsabilidad del paciente o de la parte responsable.

_____Le facturaremos a su seguro como cortesía. Si el seguro no paga dentro de los 90 días, Summit Eyecare se reserva el derecho de solicitarle el pago total de los servicios y permitirle cobrar los fondos del seguro que se le adeudan. Esto es poco común, pero es importante que reconozca que el seguro que tiene es un contrato legal entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es ni puede ser parte de ese contrato legal. En última instancia, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.

_____Para facilitar el procesamiento de reclamos, debe proporcionar toda la información y los cambios de la póliza de seguro a nuestra oficina. Usted es responsable de saber qué servicios y materiales cubre su seguro y los proveedores y redes cubiertos por su plan de seguro médico/de la vista. En ocasiones, es posible que deba comunicarse con su compañía de seguros en relación con la lentitud o la falta de pago de su reclamo de seguro.

_____Si su seguro niega el pago a su cuenta, se le pedirá que pague el saldo adeudado. Si no paga a tiempo, será responsable de todos los cargos no pagados por su compañía de seguros de acuerdo con las leyes. Además, acepto que en caso de impago de cualquier monto adeudado en virtud de este acuerdo, pagaré intereses a una tasa del 1,75% (21% anual). También acepto que, en caso de que este acuerdo se asigne a una agencia para el cobro, prometo pagar una tarifa de cobro adicional del 35% del saldo impago adeudado, así como todos los honorarios razonables de abogados y costos judiciales.

_____Pacientes que pagan en efectivo: Esta categoría incluye pacientes sin seguro médico o de visión y los pacientes que tienen un plan de seguro con el que no estamos en la red. El pago de los servicios se requiere al momento del la salida. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, Care Credit, efectivo, cheques y giros postales. Le proporcionaremos un recibo.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Este aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar su información médica protegida y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

En la línea a continuación, indique cualquier persona, instalación o clase de personas que estén autorizadas a recibir sus registros/información seguros de HIPAA:

(Nombres)_____

He leído y acepto la política financiera de Summit Eyecare descrita anteriormente. Acepto que soy responsable en última instancia de cualquier cargo incurrido en Summit Eyecare. Recibí el Aviso de prácticas de privacidad y se me brindó la oportunidad de revisarlo.

Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprimir): _____
Fecha: _____

Firma del paciente/responsable: _____

Fecha: _____