

LA POLITICA FINANCIERA

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Nosotros nos dedicamos a proveer el mayor cuidado y servicio posible para usted y consideramos que el complete entendimiento de sus responsabilidades financieras son un element esencial de su cuidado y tratamiento. Así, a fin de reducir confusión y mal entendido entre nuestros pacientes y la oficina, nosotros hemos adoptado la siguiente política financiera.

A menos de que otros arreglos se hallan hecho por adelantado por usted mismo o su proveedor de cobertura de salud, el pago completo debe ser pagado al tiempo de servicio.

SU SEGURO

Nosotros hemos hecho arreglos anteriores con mucho aseguradores y otros planes de salud para aceptar un cometido de beneficios. Nosotros enviaremos el cobro a estos planes con quien nosotros participamos y únicamente requerimos que usted pague el deducible autorizado a la hora de la visita. Es la política de nuestra oficina de cobrar el deducible cuando usted llega para su cita. Todo deducible no pagado a la hora de servicio se cobraran \$20 adicionales para cubrir el costo administrativo.

Compañías de seguros de cuidado Administrado y HMO tienen muchas reglas y regulaciones. Porque nosotros participamos en mas de 70 planes de seguros, nosotros no podemos ser responsables por asegurar el cumplimiento con las reglas de su comania de seguros. Sin embargo, al alcance de lo posible, nosotros tratamos de ayudarlos en susesfuerzos para comprender y cumplir con los requerimientos de su compañía de seguros. Si usted está en un Plan de Cuidado Administrado o HMO, por favor asegurese que usted sabe la información siguiente:

Se necesita una referencia de su médico primario?

Cubre su referencia más de esta visita?

Cuando caduca su referencia?

Cubre su compañía de seguros examen de la vista de rutina?

Qué laboratorio clínico trabaja con su compañía de seguros?

En el caso que su plan de salud determine que un servicio **“no esta cubierto”** usted será responsable por el pago completo. **El examen REFRACTIVE se reporta separadamente de otros exámenes visuales, aunque Medicare y algunos pagadores privados no cubran esta servicio.** Por favor llame a su compañía de seguros directamente para la respuesta a estas y otras preguntas. **Usted es responsable de conocer su propia póliza de seguro y sus limitaciones.** Si usted tiene alguna pregunta, por favor discútala con nuestro gerente de oficina.

Firma: _____

Fecha: _____

Print Firma: _____