

Parker Family Eye Care, OD, PLLC
(por favor escriba legiblemente)

Nombre: _____ Fecha de hoy: ____/____/____
Address: _____ Teléfono de casa: _____
Teléfono de celular : _____
Género: Masculino o Femenino Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN: ____/____/____ Empleador: _____
Ocupación: _____ Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
Último examen de vista: ____/____/____ Donde: _____ Último examen físico: _____
Nombre y teléfono del médico: _____

Política Financiera: *Nos complace tenerlo como nuestro paciente y estamos comprometidos a brindarle nuestra mejor atención profesional. Su comprensión de nuestra Política Financiera es importante para nuestra relación. Por favor pregúntenos si tiene alguna pregunta.*

Seguro: Debido a todos los diversos planes actualmente vigentes, requerimos que verifique su compañía de seguros sobre nuestra participación en su red específica. Hay casos en los que, aunque estamos contratados con un operador, el operador tiene redes en las que no participamos. Si nuestra oficina no participa en su red, usted será responsable de una gran parte o la totalidad de la factura. La información de contacto del transportista se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro. Es su responsabilidad actualizarnos con cualquier tarjeta nueva que reciba de su proveedor. Para todos los seguros de que somos proveedores participantes, le enviaremos a su compañía de seguros un reclamo por todos los servicios prestados. Se le facturará el saldo adeudado después de que el transportista liquide su reclamo.

Expectativas de pago: Si no está cubierto por un seguro, se le solicitará que pague por sus servicios en la fecha que recibe el servicio. Todos los pacientes deben pagar copagos, deducibles y coseguros al momento de su visita. Recibirá una declaración de nuestra oficina después de que su seguro haya liquidado su reclamo si hay algún saldo adeudado. Los pagos se esperan dentro de los treinta días posteriores a la recepción del estado de cuenta.

Precio de Refracción: La refracción es la medición de la prescripción de lentes con el fin de prescribir lentes nuevos o determinar el potencial visual mejor corregido del ojo. Medicare y muchas compañías de seguros médicos no cubren este servicio y requieren un cargo aparte de la parte médica del examen. Algunas compañías de seguros suplementarias reembolsan esta tarifa. Deberá ponerse en contacto con su compañía de seguros para averiguar si cubren este servicio y como lo hacen. Recibirá un recibo de este servicio si se realiza. El precio de refracción es \$40.

Lentes: Nuestros lentes se fabrican correctamente y se verifican tres veces con laboratorios ópticos excepcionalmente profesionales, así como nuestros ópticos del personal que confirman los materiales de los lentes, las opciones de lentes y los tratamientos y las opciones de montura. Dado que su receta es exclusiva solo para usted: no emitimos reembolsos por lentes y no intercambiamos marcos si cambia la opinión de su selección. Si hay un error al realizar el pedido de nuestro laboratorio, lo haremos sin cargo para usted. Si la Dra. Parker cambia su receta cuando lo solicite, le preguntaremos a su laboratorio si habrá cargos asociados y se lo haremos saber antes de cobrarle.

El pago de todos los servicios médicos es responsabilidad del paciente y se espera al momento del servicio.
Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios abogados, costas judiciales, honorarios de presentación, incluidos los cargos o comisiones de hasta el 50% que cualquier agencia de cobros contratada para tratar este asunto me pueda imponer. Además, estoy de acuerdo en pagar cualquier interés a una tasa del 3% por mes sobre cualquier saldo en mora. Entiendo que hay un cargo por servicio de \$35.00 por todos los cheques devueltos. Por la presente autorizo la divulgación de información médica sobre mi enfermedad y tratamiento por esta clínica a mi compañía de seguros y a las Administraciones Financiación de la Atención Médica o sus agentes. También autorizo la divulgación de mi información médica personal a cualquier médico al que pueda derivarse para una consulta. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor o instalación. Entiendo que cualquier información sobre mi, incluidas las recetas de lentes o lentes de contacto, no se divulgará a nadie sin mi consentimiento por escrito. Por la presente autorizo cualquier procedimiento, incluida la dilatación de los ojos, que se considere necesario para mi cuidado. También otorgó permiso para tratamiento si este paciente es menor de edad.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Aviso Anticipado del Beneficiario, Seguros, y Reconocimientos de Pago Propio Para Parker Family Eye Care

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

-Reconocimiento de Políticas de Privacidad (HIPAA)

Reconozco que puedo solicitar una copia del Aviso de Políticas de Privacidad de esta oficina, o puedo leer la copia de la oficina mientras espero que me vean.

-POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y AUSENCIA LAS 24 HORAS:

Cada vez que un paciente falta a una cita sin avisar debidamente, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, PFEC se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25 por todas las citas perdidas y no presentarse sin una razón convincente y no canceladas con un aviso de 24 horas. Los pacientes recibirán una advertencia por una cita perdida. En la segunda cita perdida, al paciente se le cobrará una tarifa de \$25 por no presentarse.

___ **NO autorizo** que Parker Family Eye Care mantenga la información de mi tarjeta de crédito en el archivo.

___ **AUTORIZO** a Parker Family Eye Care a mantener la información de mi tarjeta de crédito en el archivo.

Reconozco y entiendo que si no me presento a mi cita por segunda vez, se cargará automáticamente a mi tarjeta de crédito la tarifa de \$25 por no presentarse.

-Autorización de Seguro

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados por cualquier servicio que se me brinde se haga en mi nombre a Parker Family Eye Care, OD, PLLC (PFEC). Autorizo a PFEC a divulgar cualquier registro médico sobre mi a mi compañía de seguros que pueda ayudar a determinar los beneficios o pagos. **Entiendo que soy responsable de los cargos no pagados por el plan de seguro.**

-LENTE DE CONTACTO

Entiendo que habrá un precio para recibir y/o mantener una receta válida para lentes de contacto. Algunos planes de seguro cubrirán una parte del precio del ajuste anual. El médico determinará el precio en función de la complejidad de la receta, así como de lo que dicta su seguro para recuperar la autorización. Tenga en cuenta: CUALQUIER accesorio de contacto que no reciba una llamada a nuestra oficina dentro de los 5 días hábiles sabe que la receta NO ESTÁ FINALIZADA. CUALQUIER ACCESORIO DE CONTACTO SOLICITADO 60 DÍAS PASADO

FECHA DE EXAMEN ORIGINAL SE PUEDE COBRAR VARIANDO ENTRE \$85-\$145

***TENGA EN CUENTA* Los pacientes del examen de rutina de pago propio cuestan \$140 por examen médico que incluye refracción para lentes y fotos.**

FOTOS DE LA RETINA

son parte de un examen médico completo. Son similares a las radiografías en un consultorio dental, pero más profundas. Las fotos de la retina SON tratamiento médico. **El precio es \$40.00.** Son imágenes digitales de la retina que ayudan a evaluar la salud ocular y detectar problemas no relacionados con el ojo. El seguro médico TAL VEZ, NO PUEDE CUBRIR; Algunos planes de visión cubrirán, pero a un ritmo mayor.

Paciente/Tutor

Recibir OPTOS por precio- Firma: _____ **Paciente Denegado OPTOS- Firma:** _____

****La REFRACCIÓN es el proceso mediante el cual se recetan lentes y lentes de contacto como parte del examen ocular regular si Medicare y otras compañías de seguros no lo consideran médicamente necesario, se le puede cobrar un precio estándar de \$40.****

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Al firmar a continuación, reconozco que mi médico me ha notificado que los servicios identificados pueden no estar cubiertos por las razones indicadas. Acepto estar personalmente y totalmente responsable del pago. Entiendo que mi médico puede ordenar (una versión más detallada de) esta prueba si es médicamente necesario.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Aviso Anticipado del Beneficiario (ABN)

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a solicitar y recibir cualquier información de la Salud Protegida con respeto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas. Entiendo que la identidad de esta persona debe verificarse antes de divulgar cualquier información.

Nombre(s): _____ Número de Teléfono: _____

_____ Numero de Telefono: _____

Revise lo siguiente para permitir los servicios:

___ Información Médica ___ Datos de Facturación ___ Información de Programación

___ Toda la Información ¿Se permite la dilatación, si es necesario? Si ___ No ___ Altura _____ Peso _____

¿Cómo supo de nosotros? ¿Fue referido por una persona o empresa específica? _____