

## Puget Sound Eye Care y Optical Solutions Política de Pago

1. Usted es responsable de los cargos por los servicios prestados, incluso si usted tiene el derecho de reembolso por una compañía de seguros y otros terceros. Vamos a ofrecer una facturación de cortesía a su seguro como un servicio a usted. Cualquier saldo no cubierto por su seguro será facturado a recibir la notificación de que es su responsabilidad. Sin embargo, si su compañía de seguros no ha pagado dentro de 60 días a partir de la fecha del servicio, usted recibirá un estado de cuenta y el saldo restante será su responsabilidad. Si usted todavía siente que su seguro debe de pagar, será su responsabilidad de contactarse con ellos. Los saldos vencidos (aquellos que requieren un segundo estado de cuenta) se le cobrarán intereses a una tasa del 1.5% al mes, además de una tarifa de \$15.
2. Si usted desea tener su seguro de factura, se requiere una copia de su tarjeta de seguro o el nombre completo de la empresa, dirección, número telefónico, número de identificación de la política y el número de grupo. Sin esta información no seremos capaz de verificar los beneficios o factura a su seguro y el pago deberá ser abonado por usted en el momento de su visita.
3. Los co-pagos o servicios no cubiertos deben ser pagados en el momento del servicio.
4. Todos los co-pagos y cantidades no cubiertas no cobradas en el momento del servicio, y que son admitidas antes de salir de la oficina tendrá una cuota de \$15 adicionales, el paciente será responsable por todos los cargos que incluyen la cuota del estado de cuenta.
5. Todas las cotizaciones de pago de seguro de esta oficina (incluidos los de los exámenes, los lentes de contacto y los lentes) son estimados en base a información proporcionada por usted y su compañía de seguro. La resolución definitiva no se realiza hasta después que la reclamación es presentada y procesada por su COMPAÑÍA DE SEGUROS. Puget Sound Eye Care no se hace responsable si su seguro paga menos de lo esperado.
6. El pago por los servicios prestados a usted, pueda que necesiten una referencia por su médico de atención primaria o compañía de seguros. Usted es responsable de la obtención de esta referencia. Si el pago es denegado debido a la falta de una referencia, usted debe pagar por los cargos u obtener una referencia con carácter retroactivo por los servicios.
7. En el caso de que una condición médica se detecte, se diagnostique, se trate o deba ser abordado durante la evaluación de los ojos, su seguro médico puede ser facturado.

**Entiendo que cualquier deducible o las cantidades no cubiertas son cobradas en el momento del servicio. Yo entiendo que todos los cargos no cubiertos y co-pagos no pagados en el momento del servicio, y que resultara en una declaración estará sujeta a una tarifa de \$15. Además, entiendo que las cotizaciones de los beneficios de la cobertura de seguros son estimaciones y que sere financieramente responsable de todos los saldos no cubiertos por mi seguro. Yo entiendo que soy responsable de obtener todas las referencias necesarias para los servicios requeridos. También entiendo que tanto mi visión y los seguros médicos puede ser facturado en caso de necesario.**

**Yo he leído y entendido todas las políticas de pago de Puget Sound Eye Care. Yo autorizo la entrega de la información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros, incluyendo Medicare y sus agentes. Soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado. Si esta cuenta es enviada a una agencia de colección, me comprometo a pagar todos los gastos de cobranza correspondientes.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha