

Wallis Family Eyecare Optometry

Nuestra Póliza Financiera para el Seguro Médico

Estimado paciente:

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. La siguiente es nuestra póliza financiera. Nuestra principal preocupación es que reciba el tratamiento adecuado y óptimo. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras póliza de pago, nuestro equipo estará encantado de atenderlas. Solicitamos que todos los pacientes lean y firmen nuestra póliza financiera y también que completen nuestro formulario de información del paciente antes de ver a nuestros médicos. Se le proporcionará una copia a pedido.

Para aquellos que tienen seguro médico:

- 1. Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles se deben al momento del servicio. Cuando realice un pago, pagará una estimación de la responsabilidad esperada del paciente. Cuando su compañía de seguros nos notifique la responsabilidad de su paciente, le enviaremos un estado de cuenta por el resto del saldo adeudado o le enviaremos un cheque de reembolso.
- 2. Presentación de reclamos.** Enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera razonable para ayudarlo a pagar sus reclamos. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad. No todos los servicios son beneficios cubiertos o puede estar fuera de la red. Puede comunicarse con su compañía de seguros para confirmar si su proveedor está en la red. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, se le facturará automáticamente el resto del saldo. Le pediremos que se comunique con su compañía de seguros para preguntar por qué no se ha pagado el reclamo.
- 3. Cambios en la cobertura.** si su seguro cambia, notifíquese antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Cualquier servicio no cubierto debido a cambios en la cobertura del seguro será responsabilidad del paciente.

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias por entender nuestra póliza de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. Nuevamente, gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica.

He leído y entiendo la póliza de pago y acepto cumplir con las reglas:

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente (Si es menor de 18, firma de padre/guardián)