

PEDIATRIC EYE CARE & SURGERY

Sarah J. Whang, M.D.

POLIZA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Los siguientes servicios deberán de ser pagados el día de su visita:

- Co-pagos
- Exámenes de rutina ocular
- Deducibles
- Refracciones
- Cantidades de Coaseguro

Initials **Los exámenes de rutina ocular y las refracciones** son servicios no cubiertos por la mayoría de las compañías de seguros médicos. **Si mi hijo no tiene un problema médico con sus ojos, lo cual puede determinarse sólo después del examen del Dr. Whang, entonces será responsable del pago de los servicios (a menos que mi seguro médico cubra un examen ocular de rutina).** Se necesita una refracción para determinar si mi hijo necesita gafas. Si mi hijo usa gafas, la refracción es necesaria para actualizar la receta de gafas. **Soy responsable del pago de la tarifa de refracción en el momento del servicio como lo requiere la compañía de facturación del Dr. Whang.** Si la refracción es un beneficio cubierto, un cheque de reembolso será emitido rápidamente.

Initials Mi seguro médico reembolsará solamente los servicios que están cubiertos por mi póliza. **Es mi responsabilidad pagar cualquier honorario por cualquier servicio que no esté cubierto por mi póliza. El Dr. Whang no participa con ningún plan de visión y facturará solamente mi seguro médico, no el seguro de la vista.**

Initials El padre / guardián que lleva al niño a la oficina es responsable del monto total de los honorarios debidos. No se aceptarán pagos parciales.

Initials **Cuotas Misceláneas:**

- Deberá pagarse una tarifa de reescalamiento de \$ 40 para reprogramar una cita perdida para la cual no se ha dado aviso con 24 horas de anticipación, independientemente de si se recibió o no la llamada telefónica de recordatorio de cortesía. Un mensaje de correo de voz que salga con 24 horas de antelación servirá como aviso suficiente.
- Un cargo de \$ 20.00 será agregado a mi cuenta para un cheque devuelto. En caso de incumplimiento, mi cuenta será entregada a una agencia de cobro y se agregará un 10% de interés por año.

Initials Entiendo que si la información del seguro de salud proporcionada por mí mismo no es cierta o si no soy elegible bajo los términos del Acuerdo de Suscriptor Médico, soy responsable de todos y cada uno de los cargos por servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar por completo por todos los servicios prestados dentro de los 30 días de recibir una factura de esta oficina.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: A través de este medio yo autorizo ceder toda la información necesaria para asegurar que el pago de los servicios sean asignados directamente a esta oficina por parte de mi seguro medico, de otro modo será pagado por mí.

Yo certifico que he leído, comprendido y aceptado la póliza financiera.

Firma del persona responsable _____

Favor de imprimir el nombre de la persona responsable _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____