

Firma en Archivo, Asignacion de Beneficios, Acuerdo Financiero

1) **PACIENTES DE MEDICARE:** Yo solicito que el pago de Beneficios de Medicare autorizados se hagan en mi nombre a Visionary Ophthalmology por los servicios rendidos a mi por Visionary Ophthalmology. Yo autorizo a los titulares de profesión medica que den a los centros de servicios de medicare, medicaid y a sus agentes cualquier información medica que sea necesaria para determinar estos beneficios pagados por los servicios relacionados a mi. Entiendo que con mi firma pueden enviar cualquier información medica o lo necesario para que puedan obtener pago por los servicios rendidos a mi. Si otro seguro de salud se indica en la forma de HCFA1500 o en otras formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que pueden dar cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias. Visionary Ophthalmology acepta el pago de determinacion de la compañía de Medicare como el pago completo, y yo soy responsable solo por el pago de deductible, el porcentaje que el seguro no cubre y los servicios que el seguro no cubre. El porcentaje que el seguro no cubre y el deductible es basado en la determinación de pago de Medicare.

2) **MEDIGAP:** Entiendo que la póliza de medigap o de otro tipo de salud medica sea indicada en la forma de HCFA 1500 o en otra formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que den cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias de seguro médico. Yo solicito que los pagos de seguros secundarios se hagan en mi nombre a Visionary Ophthalmology, o si es posible o de otra manera se hagan a mi nombre.

3) **OTROS SEGUROS:** Yo entiendo que Visionary Ophthalmology participa en varios planes medicos de salud. Es mi reponsabilidad verificar la participacion del Doctor con mi plan de seguro, mi cobertura, los co-pagos, deductibles y otros requerimientos de mi poliza de seguro. Yo entiendo que mi firma significa que los pagos seran hechos a Visionary Ophthalmology y autorizo a dar cualquier informacion medica que sea necesaria para procesar mis reclamos. Entiendo que yo soy reponsable por el deductible, el co-pago y todos los servicios no cubiertos por mi seguro. Yo también autorizo que cualquier pago de beneficios médicos se haga a Visionary Ophthalmology por los servicios rendidos a mi.

4) **PADRES DE MENORES DE EDAD:** Yo entiendo que como papa/guardian del paciente sere responsable por el pago de los servicios rendidos hoy

5) **ACUERDO FINANCIERO:** Estoy de acuerdo y me comprometo, a cambio de los servicios prestados a mi como paciente de Visionary Ophthalmology, pagar mi cuenta en el momento de la prestación de servicios o hacer los arreglos financieros satisfactorios. Entiendo que los contratos que Visionary Ophthalmology firma con los planes de servicios de salud se refieren únicamente a los elementos y servicios que están "cubiertos" por los planes de servicios de salud. El que firma acepta la plena responsabilidad financiera por todos los servicios no cubiertos, co-pagos, deducibles, co-seguro o servicios no autorizados. Si mi cuenta es enviada a una agencia de colección, me comprometo a pagar los gastos de cobranza y honorarios razonables de abogados a lo establecido por el tribunal o la Corte y no por un jurado en cualquier acción judicial. Se entiende que el que firma abajo y / o el paciente son los principales responsables por el pago de mi factura.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente (Padre/Guardian)

Nombre impreso (Padre /Guardian)