



AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y PRIVACIDAD

El pago se espera al momento del servicio para cualquier servicio de copago, coaseguro, deducible y no cubierto.

Aceptamos efectivo, cheque, giro postal, MasterCard, Visa, Discover o American Express.

La persona que está presente con el paciente menor es financieramente responsable por la fecha del servicio.

Si el plan de salud requiere una preautorización o derivación, el paciente debe obtenerla ANTES de que se reciban los servicios.

Hay una tarifa de administración de facturación de \$ 20 por falta de pago en el momento del servicio.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable y doy mi consentimiento para servir como garante del pago de todos los servicios prestados al paciente mencionado. Family Eye Care of the Carolinas (FECC) no factura a terceros por copagos y servicios no cubiertos. Cuando se presenta a un menor para recibir atención, la persona presente con el menor es responsable del pago en el momento del servicio.

Entiendo que los servicios provistos por FECC pueden o no estar cubiertos por mi plan de salud. Si mi plan de salud requiere una preautorización o derivación, es mi responsabilidad asegurar que se obtenga ANTES de que se reciban los servicios. Si mi plan de salud considera que estos servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios, entiendo que soy financieramente responsable por los servicios y / o suministros no cubiertos / que no son médicamente necesarios.

Aunque FECC puede presentar reclamos de seguro como cortesía, entiendo que FECC no puede aceptar la responsabilidad de cobrar los pagos del seguro o de negociar un reclamo disputado. El reembolso del seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Los seguros usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la compañía de seguros se establecen sin tener en cuenta los costos y cargos de FECC. Entiendo que soy responsable de la diferencia entre el pago del seguro y los cargos de FECC, excepto en circunstancias donde FECC tiene un acuerdo contractual con un plan de salud que prohíbe dicho cobro al paciente y / o suscriptor.

Entiendo que, en caso de que esta cuenta sea referida a un abogado o agencia de cobranza, los honorarios del abogado y / o los gastos de cobro serán pagaderos por mí además de cualquier otra cantidad debida.

Entiendo que las citas perdidas o no canceladas con más de 24 horas de aviso estarán sujetas a una tarifa de \$ 40. Esta tarifa es responsabilidad exclusiva del paciente / tutor y no paga el seguro..

Imprimir el nombre del paciente: _____

(Si es menor de edad) Imprimir Nombre del padre / tutor legal:

He leído y acepto entender esta política _____ Fecha _____

Firma

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN ("¿DESEA QUE PRESENTEMOS SU SEGURO?")

Debe acordarse la autorización para que su seguro pague beneficios a Family Eye Care of the Carolinas o usted pagará por su cuenta

Por la presente, autorizo a Family Eye Care of the Carolinas a divulgar la información requerida durante mi examen y tratamiento y por la presente asigno el pago directamente al médico designado por mis servicios médicos / quirúrgicos provistos.

Reconozco que Family Eye Care of the Carolinas participa en E-Prescribing y autoriza al médico y / o al personal a enviar y transmitir cualquier información de receta a través del sistema de salud electrónico.

Firma del paciente o su tutor legal

Fecha _____

AVISO DE LEY DE PRIVACIDAD - HIPAA

("¿QUIÉN PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN Y / O ACOMPAÑAR A UN NIÑO?")

Mi firma a continuación indica que he revisado el Aviso de prácticas de privacidad de Family Eye Care of the Carolinas. (disponible en la recepción y www.feccweb.com) También acepto permitir que el médico o un miembro de su personal me identifiquen por su nombre en el vestíbulo de esta práctica y también que se comuniquen con cualquiera de los números de teléfono que se proporcionan para confirmar la cita o Entregar información médica. Estos no son contactos de emergencia.

Firma del paciente o su tutor legal

_____ Fecha _____

Cualquier persona que no sea el paciente individual o sus padres biológicos, el médico de Atención Primaria o el médico remitente al que se le permita recibir su Información de Salud Personal Protegida se debe enumerar a continuación, o la información no se puede compartir. Esto incluye padrastros, cónyuges, familiares y cuidadores que pueden acompañar al paciente a un examen. Estos NO son contactos de emergencia. (Límite Cuatro)

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____