



WASHINGTON EYE INSTITUTE, LLC
5711 SARVIS AVENUE, SUITE 402
RIVERDALE, MD 20737-1394
Phone (301) 277-4844 Fax (301) 927-3221

POLITICA FINANCIERA

En Washington Eye Institute, LLC, nos comprometemos a proporcionarle el más alto nivel de servicio y calidad. Como cortesía, se presentará una reclamación a su compañía de seguros para usted. Proporcione información de su seguro, incluyendo identificación con foto y su tarjeta de seguro para ayudarlo a recibir sus beneficios permitidos en nuestra práctica. Por favor entienda que toda responsabilidad financiera recae en el paciente y no la compañía de seguros. Esto significa que el paciente es responsable por los pagos que no son pagados por la compañía de seguros.

Las compañías de seguros y servicios no cubiertos:

Nuestra oficina participa con muchas compañías de seguros importantes. Es la responsabilidad de un paciente / guardián:

- Estar familiarizado con los beneficios de su plan, incluidos los copagos, coseguros y deducibles.
- verifique que la compañía de seguros cubrirá los servicios prestados.
- Traiga la tarjeta de seguro actual para todas las visitas.
- Proporcionar a nuestra práctica actual información incluyendo dirección, números de teléfono y empleador.
- De acuerdo con su contrato de seguro, usted debe estar preparada para pagar su co-pago o deducible en cada visita.

Aceptamos efectivo, cheques y más tarjetas de crédito para el servicio.

- Evaluación de compra de lentes de contacto con frecuencia no están cubiertos por las compañías de seguros, que nuestra práctica participe. El pago completo es requerido por el paciente al pedir lentes de contacto.
- Las empresas de seguros, incluyendo Medicare, no cubren refracción. Nuestra oficina cobra **\$50,00** por el servicio de refracción y esta tarifa se recoge en el momento de su visita, además de cualquier co-pagos y/o deducibles.
- Ofrecemos médicos, quirúrgicos y cuidado cosmético oftalmológico a nuestros pacientes y mientras ofrecemos exámenes de rutina, cuando el paciente no tiene problemas médicos, no aceptamos planes de visión para estos exámenes. Usted puede presentar una reclamación a su seguro para tratar de buscar reembolso por servicios de rutina. Nuestras tarifas para exámenes están disponibles bajo petición.

**** Si se no tienen una queja médica que usted puede ser financieramente responsable por todos los cargos al momento del servicio. ***

Excepcional Saldos:

Agradecemos a pronto pago completo por cualquier saldo pendiente. Si su cuenta se da la vuelta a una agencia de cobranzas, usted acuerda en pagar tarifas impuestas por la Agencia de colección para recoger la cantidad vencida. Los pagos de cheque que no aclaro el Banco está sujeto a un cobro de \$25,00 por cheque.

Referencias:

Si tienes un plan de cuidado administrado que requiera un referido para ver un especialista, *debe* obtener un referido para su vita en nuestra oficina para ser cubierto por su seguro médico. Si no tiene un referido válido y aún desea ser visto, se le pedirá firmar una renuncia y pagar la visita antes de su examen. Si usted recibe una receta para anteojos o lentes de contacto se le aplicará \$50,00 que es pagado en el momento de la visita.

Formas:

Hay un cargo para completar varias formas, incluyendo formas de visiones DMV. Pago anticipado es necesario para completar formularios o para la comunicación adicional escrita por el doctor.

Menores / dependientes pacientes:

Para todos los servicios prestados a pacientes dependientes menores de edad, se verá al adulto que acompaña al paciente, padre y/o tutor con quien reside el niño. En los casos de separación o divorcio, cuando presente las tarjetas de seguro de un dependiente inscrito bajo un suscriptor que no sea usted, por favor esté preparado para suministrar su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social. Le rogamos que informe a los suscriptores que su seguro ha sido utilizado.

Su firma indica que ha leído, entiende y acepta las responsabilidades políticas y procedimientos de nuestra oficina.

Firma del paciente/Tutor

Fecha

Nombre de paciente