

Descargo de responsabilidad del paciente del proveedor de St. Helens Eyecare Specialists

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al Doctor a tomar pruebas de campo visual/escaneos láser, fotografías o cualquier ayuda de diagnóstico que considere apropiada para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades de la vista. También autorizo al Doctor a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. Autorizo y consiento que el Doctor emplee la asistencia que considere apropiada.

Entiendo que soy personalmente responsable del pago de todas las tarifas por los servicios de la vista proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes, independientemente de la cobertura de seguro. El incumplimiento de esta responsabilidad conlleva la sanción de compensar a la práctica por los arreglos, incluidos los honorarios de abogados y de cobro relacionados. Entiendo que el pago vence cuando se prestan los servicios. Cualquier otro arreglo de pago debe hacerse antes de que comience el tratamiento. A las cuentas vencidas con más de 60 días se les cobra un cargo por mora del 1,5 % por período de 60 días (9 % anual). **Si se asigna a cobranzas, se agregará a su deuda una tarifa de cobranza del 50% cobrada por la agencia de cobranzas.**

Soy consciente de que es mi responsabilidad leer y comprender mi propia póliza de seguro de la vista, incluidos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. Entiendo que la presentación de reclamos de seguro es mi responsabilidad y se me puede proporcionar como un servicio y que cualquier acuerdo para la cobertura de la vista es entre mi compañía de seguros y yo. Entiendo que una parte estimada vence en el momento del servicio y se estima de acuerdo con la cobertura esperada, que puede no ser divulgada ni garantizada por mi compañía de seguros. Entiendo que mi porción puede ser mayor si mi compañía de seguros no paga la cantidad anticipada. También entiendo que los servicios se prestan independientemente del reembolso del seguro.

Garantía de satisfacción de 30 días en anteojos, gafas de sol y lentes de contacto. Consulte nuestra publicación en el lobby o el sitio web para obtener más detalles.

El seguro generalmente paga, incluidos, entre otros, los siguientes:

Una parte del examen, lentes básicos y armazón y la elección de anteojos o lentes de contacto (generalmente no ambos)

El paciente suele pagar los extras, incluidos, entre otros, los siguientes:

Lentes progresivas/de alto índice/de vidrio, antiarañazos/antirreflectantes (AR)/recubrimientos UV, fotocromáticos/tintes/polarizados, montura perforada/bordes sin montura y otras opciones

La/El paciente es responsable de

Fecha de elegibilidad del examen y materiales: NO garantizado por el personal de la oficina

Pago del saldo de la cuenta que el seguro no paga. Copagos y Extras

_____ Entiendo que estoy solicitando un servicio que puede no estar aprobado o cubierto por mi compañía de seguros.

Mi firma a continuación es mi indicación de que pagaré personalmente cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguros.

Paciente o parte responsable que solicita servicios

Fecha de firma