

# Bienvenido

Nuestra misión es brindar una atención excepcional en un ambiente agradable y eficiente. Respetamos su tiempo y apreciamos el privilegio y la confianza de participar en su atención médica. Con el fin de garantizar que los pacientes sean atendidos de manera oportuna y que se respete también el tiempo de nuestros médicos, tenemos las siguientes políticas de oficina:

**Hay un cargo por no presentarse/cargo por retraso.** Si hago una cita y no llamo con más de 24 horas de anticipación para cancelar/reprogramar, o si llego más de 15 minutos tarde, se me cobrará **\$25**. Para las citas de noche (después de las 4 p. m.) Y los sábados, la tarifa de no presentación es de **\$50**. Para procedimientos quirúrgicos, la tarifa de no presentación es de **\$100**. **He leído y entiendo la política anterior.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por la presente, asigno el pago del seguro a el Dr. Ilan Cohen y al Dr. Krishna Morar, por los servicios prestados.**

- Si mi plan de seguro requiere que obtenga una **referencia** de mi médico de atención primaria (médico internista, médico de familia o pediatra), **es mi responsabilidad** obtener esta referencia.
- Entiendo que soy responsable de los copagos, los deducibles no cumplidos, las tarifas de coseguro, las tarifas de cheques devueltos y las tarifas de no presentación.
- Si, por alguna razón, mi plan de seguro no paga por los servicios prestados por el Dr. Ilan Cohen y el Dr. Krishna Morar, o por cualquier parte de los servicios prestados, es mi responsabilidad pagar por todos y cada uno de los servicios que no sean médicamente necesarios. Servicios cubiertos.**
- Si no cumplo con las responsabilidades anteriores, entiendo que **seré responsable** de todos los costos asociados con el cobro de mi deuda, incluidos los costos judiciales, los honorarios de cobro y una tarifa administrativa de **\$200** si se inicia una acción judicial.

**He leído y entendido las políticas anteriores.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento HIPAA

He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad del Dr. Ilan Cohen y Dr. Krishna Morar.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Servicios no cubiertos

Entiendo que es posible que mi plan de seguro no pague ciertos servicios proporcionados por el Dr. Ilan Cohen y el Dr. Krishna Morar. El Dr. Ilan Cohen y el Dr. Krishna Morar me informaron de esto y estoy de acuerdo en pagar por estos servicios no cubiertos de la siguiente manera:

**\*\* Refracción** (Medición de gafas y gafas graduadas.): **\$40**  
**\*\* Colocación de lentes de contacto** **\$75 o más**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_