



## Poliza Financiera

A menos que otros arreglos se han hecho previamente por usted o su compañía de seguro de salud, el pago total se debe en el momento del servicio.

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera** - presente autorizo esta oficina para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Entiendo completamente que mi seguro es un acuerdo entre el proveedor de seguros y yo, no entre el proveedor de seguros y esta oficina médica. Por lo tanto, solicito el pago de mi compañía de seguros se hará a los médicos de **Eye Physicians of Austin**. También entiendo y acepto que a pesar de mi condición de seguro, yo soy el responsable ultimadamente del balance de mi cuenta y por los servicios médicos prestados. Yo entiendo que durante mi tratamiento que puede ser facturado por un proveedor de terceros, tales como un laboratorio, por los servicios prestados a **los médicos de Eye Physicians of Austin**.

Cuando usamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden ser retirados de su cuenta tan pronto como el mismo día de realizar su pago, y no recibirán su cheque de vuelta de su banco.

**Servicios no cubiertos** - En el caso de que su plan de salud determina que un servicio sea "**no cubiertas**" usted será responsable de la carga completa. El pago se efectuará a la recepción de una declaración de nuestra oficina. Si no está de acuerdo con la determinación de su compañía de seguros, debe ponerse en contacto con su compañía de seguros. La mayoría de los planes de seguros médicos, incluyendo **Medicare**, no cubren **el servicio de refracción**. La refracción es una medida de la potencia necesaria para prescribir lentes o cambiar sus anteojos y / o lentes correctivas. Refracciones también se pueden realizar con fines de diagnóstico. Si el examen incluye la refracción, habrá una cuota mínima de \$ 47.00 **EL DIA DE SERVICIO**, además de su copago. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo registros médicos, para determinar los beneficios de seguros a la que tenga derecho.

**HMO planes de seguro** y algunos otros seguros requieren un número oficial de referencia / autorización o formulario. Si la autorización no ha sido recibido por nuestra oficina al momento del servicio, se le pedirá que firme una renuncia de Referencia que indica que será financieramente responsable al momento del servicio.

**Pacientes Menor** - Para los servicios prestados a pacientes menores de edad, se espera que el adulto que acompaña al menor para resolver los cargos por servicios. Modalidades de pago deben hacerse con anticipación para los menores no acompañados.

**Recetas para lentes de contacto**- Si se prescriben lentes de contacto, usted da su consentimiento para recibir su prescripción electrónicamente (correo electrónico o portal). Una copia física estará disponible en la oficina si se solicita.

**Aviso de Privacidad** - Nuestro objetivo es tomar las medidas adecuadas para tratar de salvaguardar la información personal médica o de otro que se proporciona a nosotros. La Regla de Privacidad bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) nos obliga a: (i) mantener la privacidad de la información médica proporcionada a nosotros; (ii) dar aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad; y (iii) cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Hay copias de nuestras prácticas de privacidad en la recepción, y está disponible para usted en su portal de paciente. Usted tiene derecho a restringir la información médica personal a su plan de salud si la divulgación es para el pago y pertenece a un servicio que usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad. Al firmar esto, usted acepta que nos pongamos en contacto con usted en los números de teléfono que nos ha indicado, incluso dejando un mensaje en su buzón de voz / contestador automático.

**Reconozco el recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Eye Physicians of Austin y la aceptación de la póliza financiera.**

---

Pacientes Imprimir Nombre

---

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar  
Por el paciente)

Fecha