



## POLÍTICA DE CANCELACION Y SIN LLAMAR/SIN PRESENTARSE

Es importante que esté presente para su cita. Es una inconveniencia para otros cuando no aparece para su cita. Porfavor llámenos por lo menos 24 horas antes de su cita para evitar una cuota de cancelación de \$25. Entendemos que puedan suceder emergencias, así que permitimos lo siguiente antes de decidir no proporcionar servicios al paciente: Si un paciente no se presenta para su cita 3 veces consecutivamente, o si cancela 3 veces el mismo día de su cita consecutivamente.

## POLÍTICA FINANCIERA

¡Gracias por elegir nuestra práctica! Estamos comprometidos a tratar con éxito el cuidado de sus necesidades médicas. Sin embargo, es muy importante para nosotros que comprenda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y atención. Le pedimos que cuidadosamente lea todos los siguientes elementos y ponga sus iniciales junto al número correspondiente.

1. \_\_\_\_\_. Si participamos con su plan de atención administrada o si tiene un plan de seguro comercial bajo el cual están cubiertos, será facturada la compañía para todos los servicios prestados. Usted será responsable en el momento de servicio para el pago de:

- **El deducible anual**
- **Copagos**
- **Cargos por servicios no cubiertos**

Antes de que se presten servicios, nuestra oficina llamará a su compañía de seguro para verificar la elegibilidad y los beneficios. **Sin embargo, la verificación de beneficios no es una garantía de pago.** Se te facturará si:

- **Obtenemos una negación de su compañía de seguros**
- **No hemos recibido pagos de la compañía de seguros dentro de 60 días de la presentación de su reclamación.**

Haremos todo lo posible para ponernos en contacto con su seguro para comprobar los beneficios, pero en caso de que no somos capaces de obtener la información, usted será responsable de su copago, así como el pago de los procedimientos realizados. Estos procedimientos incluyen pero no se limitan a cierres puntuales, análisis de glaucoma, campo visual u otras pruebas que son médicamente necesarios.

2. \_\_\_\_\_. Si usted compra gafas, lentes de contacto u otros suministros de nuestras oficinas, por favor comprenda que los suministros de productos **no son reembolsables. Todos los materiales tendrán que ser pagados por completo antes de poner la orden.** Si existe un balance debido para cualquier otro servicio o compra material desde una fecha anterior, **deben pagarse** antes de ordenar los de productos nuevos. Estaremos encantados de ajustar sus anteojos, reemplazar pastillas de nariz y tornillos sin cargo. Gastos de envío de \$35-55 se requiere cuando se ordena producto incluyendo reemplazos de garantía. Pueden aplicar algunas exclusiones.
3. \_\_\_\_\_. Si no tienes seguro de salud, se espera pago en su totalidad en el momento de servicio.
4. \_\_\_\_\_. Habrá una tarifa de servicio de \$45 cargada a su cuenta si su cheque es devuelto por el Banco por cualquier razón. Tras la notificación de nuestra Oficina de su cheque devuelto, el pago del saldo completo es debido inmediatamente. Aceptaremos pagos en la forma de tarjeta de crédito, efectivo o giro postal. Si fallara a responder dentro de 7 días, nuestra Oficina enviará la cuenta a Telecheck para colecciones. Puede haber cargos adicionales de Telecheck.
5. \_\_\_\_\_. Somos proveedores participantes de Medicare; por lo tanto, mandaremos una factura a Medicare directamente. Sin embargo, como con cualquier compañía de seguros, usted será responsable en el momento del pago por los siguientes servicios:

- **Los deducibles anuales**
- **Copagos**
- **Cargos por servicios no cubiertos**

También se le pedirá firmar un Advance Beneficiary Notice (ABN) en el caso de que se preste un servicio del cual nosotros sepamos que no está cubierto por Medicare.

Para su comodidad aceptamos efectivo, Money Order, Visa, MasterCard, American Express, Care crédito y Discover. Si tiene preguntas, no dude en consultarnos. Estamos aquí para ayudarle en cualquier forma posible.

Su firma significa que comprende nuestra política financiera y su responsabilidad con respecto a los gastos generados por esta Oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma (si es menor de edad, padres deben firmar)

\_\_\_\_\_  
Fecha