

Política de Cobros

Medicare Parte B

Su Doctor de Eye Care Specialists of SWFL, PLLC (ECS) es un proveedor de Medicare Parte B. Se aceptan los pagos asignados de Medicare Parte B. Al aceptar ésto, se compromete a ajustar sus cargos para reflejar la cantidad autorizada por Medicare. Sin embargo, Medicare paga solamente el 80% de la cantidad aprobada. El restante 20% es la responsabilidad del paciente. Si usted tiene un seguro suplementario, se le facturará a ese seguro el 20% restante.

Es la responsabilidad del paciente el pagar algún restante luego del cobro a sus planes médicos.

Seguros de Salud Privados

Como una cortesía a usted, se le facturará a su plan médico los servicios prestados. Favor de entender que el contrato de su plan médico es uno de el paciente con la aseguradora, no con ECS. El paciente es el responsable de su factura. A los pacientes sin plan medico, se les cobrará en el momento de los servicios prestados o podra hacer algun arreglo con la oficina facturadora. Tambien se le cobrará en el momento del servicio, cualquier co- pago o deducible indicado.

Redes de Cuidado Comprehensivo

ECS es proveedor de BCBS/FL and Community Health Partners. Se le facturará los servicios a las aseguradoras contratados por éstos. Los co-pagos, co-seguros y/o deducibles se le cobrarán al paciente al momento del servicio. Tambien participamos de algunas redes de cuidado comprehensivo (HMOs). Cualquier duda, favor de preguntar en la recepción.

Usual, Razonable y de Costumbre

Las aseguradoras establecen unas cantidades de pago “usuales, razonables y de costumbre”. Las cantidades pueden variar por los planes médicos. Cualquier cantidad que sea mayor de lo “usual, razonable y de costumbre” no pagado a ECS, será responsabilidad del paciente.

Servicios No Cubiertos

No todos los servicios están cubiertos por los planes médicos. Los servicios no cubiertos por los planes médicos son la responsabilidad del paciente. Por ejemplo, la Refracción, o medida de espuejuelos, no está cubierta por Medicare ni por la mayoría de los planes médicos. Así tampoco la evaluación para lentes de contacto. Será la responsabilidad del paciente pagar por estos servicios en el momento de su visita.

He leído y entiendo esta información y acepto la responsabilidad de los pagos no-cubiertos.

Estoy de acuerdo que los pagos de Medicare se les provea a Eye Care Specialists of SWFL, PLLC por los servicios brindados a mí. Y estoy de acuerdo que se le transfieran mis beneficios a ECS por los servicios recibidos.

Autorizo la divulgación de mi información médica que sea necesaria para procesar los cargos al plan médico.

Nombre del Paciente o Encargado (letra de molde)

Firma del Paciente o Encargado

Fecha