 Phone 603.668.2020
 Fax 603.668.088

**Política Financiera**

Nuestra práctica visual especializada participa con Medicare, Medicaid y la mayoría de los principales planes de seguro en el área. Pregúntenos si no está seguro de si participamos con su plan. Le facturaremos a su compañía de seguros como cortesía; sin embargo, el pago deducible y copago se debe al momento del servicio. Esto incluye todas las visitas a la oficina, procedimientos e inyecciones. Recuerde, su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y no un sustituto del pago.

* Toda la información del seguro será revisada en cada cita. Por lo tanto, traiga sus tarjetas de seguro.

**Examen de visión de rutina**: un examen de visión "de rutina" a menudo contiene los mismos elementos que un examen ocular "médico. Sin embargo, la razón para ser visto y los resultados del examen a menudo determinan si el seguro clasificará el examen como rutinario o médico. La diferencia está determinada por el motivo de la visita, como síntomas, quejas y diagnóstico. Los exámenes de visión de rutina no están cubiertos por Medicare. Otros seguros pueden o no cubrir un examen de visión de rutina basado en su póliza de seguro.

**Servicio no cubierto**: una refracción es una prueba para determinar el error refractivo del ojo y las mejores lentes correctivos que se recetarán. Es una parte esencial de un examen ocular y es necesario escribir una receta para anteojos. La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, no cubren las refracciones. Como tal, nuestra tarifa de oficina para una refracción es de $ 50.00 al momento del servicio.

**Una responsabilidad del paciente - Referencias de seguros**

Si tiene un HMO o un plan de atención administrado que requiere una derivación de un médico de atención primaria (PCP) para ver a un especialista, debe obtener una referencia para que su visita esté cubierta por su seguro médico. Todas las referencias deben recibirse antes de su cita. Sin una referencia, usted será responsable del pago de todos los servicios denegados por su plan de seguro.

* Si no ha asegurado la referencia adecuada al momento de su cita, le pediremos que:
* Llame a su PCP para obtener la información necesaria
* Complete y firme nuestro formulario de exención
* También puede reprogramar su cita hasta que se cumplan los requisitos de referencia de sus planes de seguro.

**Planes de seguro comercial o de pago propio**

Los pacientes que no tienen seguro y / o tienen un plan con el que no participamos deben realizar el pago completo al momento del servicio. Si no puede pagar en su totalidad, se le pedirá a los pacientes que paguen por cuenta propia que paguen $ 150 al momento de su visita, que se aplicará a los cargos reales por los servicios prestados y, como cortesía, le facturaremos por el saldo restante. Cualquiera que realice pagos regulares en sus cuentas a través de un acuerdo de pago continuará recibiendo todos los servicios.

* Si no se recibe el pago o si los pagos son consistentemente inoportunos, se puede utilizar una agencia de cobranza. Pacientes que no ha realizado pagos regulares en 90 días será despedido de la práctica.
* Dificultades financieras: si no puede realizar un pago completo, es importante que hable con un miembro de nuestra facturación personal para hacer arreglos de pago en su cuenta.

**Autorización y consentimiento de seguros**

Entiendo que soy responsable de todos los cargos relacionados con mi atención médica, independientemente de mi estado de seguro. He leído, entiendo y acepto la política financiera de The Medical Eye Center como se describe anteriormente y acepto notificar la práctica de cualquier cambio en mi estado de seguro.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y / o me han leído y entiendo estas políticas y autorizaciones.

 **Nombre de impresión del paciente Firma (Paciente o Representante) Fecha**