Family Eye Care of the Carolinas
Pagina de Firmas

PAGO ES DEBIDO CUANDO el servicio ha sido hecho por Co-Pago y servicios no cubiertos por su aseguransas. Hay una nomina de $20 por no pagar el mismo dia.

Responsabilidad Financial

Family Eye Care of the Carolinas NO le cobra a terceras personas que sean responsables finacialmente como padres o empleadores. Cuando un menor es presentado por cuidado, la persona presente con el menor es resposable por el pago ese dia. Yo entiendo que los servicios proveeados hoy pueden o no pueden ser cubiertos por mi plan de salud. **Si mi plan de salud piensa que estos servicios no son cubiertos o no sean necesarios medicamente, entonces yo comprendo que yo soy responsable financialmente por cual quier servicios no cubiertos y/o servicios no necesarios medicamente y/o articulos proveados.** Yo comprendo que yo so responsable financialmente y doy mi consentimiento para servir como garantor a pago a todo los servicios dados hoy al paciente anotado. Aunque FECC puede entablar la aseguransa como cortesia, yo comprendo que FECC no puede aceptar responsabilidad por coleccionar pagos de aseguransa or por negociar una disputa. Reembolso de aseguransa es un contrato entre el paciente y su aseguransa. Compania Aseguransa Usual, Costumaria, y Reasonable (UCR) estan establesidas sin respeto a costo y cargo de FECC. Yo Comprendo que yo soy responsable por la diferencia entre el pago de aseguransa y cargos de FECC excepto en circunstancias donde FECC tiene un arreglo contractual con un plan de salud que prohibe la coleccion del pago del paciente y/o subscritor. Si esta cuentra sera referida a un abogado o una agencia de coleccion, honorarios de abogado y gastos de coleccion deben ser pagados por mi en adiccional a otra cantidad debida.

Yo comprendo que citas faltadad o no canceladas dentro de por lo menos 24 horas pueden ser sujetos a una multa de $40. Esta multa es la responsabilidad solamente del paciente/guardian y no pagada por la aseguransa.

He leido y entiendo esta poliza _____ Fecha _____

AUTORIZAZION A PUBLICAR INFORMACION Y A PAGAR BENEFICIOS A Family Eye care of the Carolinas. Yo autorizo que el doctor designe a publicar informacion requerida a mi eximinacion y tratamiento a asigno pago directamente a doctor para mis servicios medicos/ quirurigicos proveados. Yo soy responsable en total por cualquier balance que se debe a esta compania. Yo tambien autorizo que el doctor o sus empleados me indentifique por nombre en la sala de espera y tambien contactarme por telefono para confirmar citas o dar informacion medica.

Firma de Paciente/Guarian legal _____ Fecha _____

Acto de Nota de Privacidad (HIPPA)

Mi firma abajo indica que entiendo las practices de Notas de practices de Privacidas de Family Eye Care of the Carolinas.

_____	_____	_____
Su Firma	Nombre de Paciente	Fecha

Si hay alguien que debe recibir su Informacion de Salud Personal Protejidad que no sea usted , Su doctor de Familia o Doctor que lo/la referio por favor anotalo abajo

_____	_____	_____	_____
Nombre	Relacion	Nombre	Relacion
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relacion	Nombre	Relacion