

**Autorización de seguro y contrato financiero vinculante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Northwest Eye Associates se esfuerza por brindar la más alta calidad en el cuidado de los ojos. Proporcionar el mejor cuidado ocular posible implica un entendimiento mutuo entre el paciente y el proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre las siguientes políticas, solicite una aclaración. Nuestros servicios profesionales se prestan a usted, no su compañía de seguros. En última instancia, el pago por servicios es SU RESPONSABILIDAD.

* Presentación de su tarjeta de seguro médico en cada visita - Es necesario que verifiquemos su información demográfica y de seguro en cada visita. Si olvida su tarjeta de seguro puede ser necesario reprogramar su cita o pagar en su totalidad en el momento del servicio.
* Pago en el momento del servicio - **El pago total se espera en el momento en que los servicios se prestan, incluyendo partes no cubiertas del seguro**. Esto incluye copagos, deducibles y servicios o materiales no cubiertos por el seguro. Si sabe que no puede pagar su copago / deducible, podemos reprogramar su cita. Northwest Eye Associates realiza esfuerzos considerables para verificar la cobertura y los beneficios del seguro, sin embargo, no podemos garantizar la exactitud de la información proporcionada. **En última instancia, la responsabilidad financiera es suya.**
* Pago de materiales ópticos - Se debe hacer un anticipo de 50% para cualquier gafas o lentes de contacto en el momento en que se ordenan, con el saldo restante debido al momento de la recogida. Las órdenes ópticas **NO** se dispensarán sin el pago completo.
* En el caso de que usted reciba el pago de su compañía de seguros por los servicios proporcionados en esta oficina, usted acepta endosar cualquier pago recibido a la oficina del doctor.
* Después de que su compañía de seguros haya determinado su responsabilidad de nuestros cargos, se le facturará. El saldo de su estado de cuenta se debe al recibo. **Si no realiza el pago o si no nos contacta durante el ciclo de facturación, su cuenta se considerará vencida**. Si los intentos de pago no tienen éxito después de 90 días, la cuenta se colocará para colecciones.
* Hay un cargo de $ 30 por todos los cheques devueltos.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Autorizo ​​a Northwest Eye Associates a divulgar cualquier información relacionada con mi atención para agilizar las reclamaciones o para la transferencia de registros si estos eventos fueran requeridos.
* Por la presente autorizo ​​a Northwest Eye Associates a facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me han proporcionado y con el pago hecho directamente a la oficina del médico proveedora y que dicha autorización es válida hasta que se proporcione un aviso por escrito.
* Entiendo que soy personalmente responsable de los cargos incurridos en Northwest Eye Associates.

Entiendo y estoy de acuerdo con todas las declaraciones hechas en este documento y entiendo que es un acuerdo legalmente vinculante

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad**

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia de Aviso de Normas de Privacidad de Northwest Eye Associates. La privacidad describe cómo su información se comparte sólo con el propósito de realizar el servicio o recoger el pago

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_