

Firma registrada, asignación de beneficios, acuerdo financiero, consentimiento para el tratamiento

Nombre del beneficiario (en letra de imprenta): _____

1. MEDICARE: Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre a Plessen Ophthalmology o a sus médicos independientes contratados por los servicios que Plessen Ophthalmology me prestó. Autorizo a quien tenga información médica sobre mí a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) (anteriormente, la Administración para el Financiamiento de la Atención Médica [Health Care Financing Administration, HCFA]) y a sus agentes toda información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que con mi firma solicito que se haga el pago y autorizo a revelar la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica otro seguro médico en el punto 9 del formulario 1500 de la HCFA o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados, con mi firma autorizo a revelar la información a la aseguradora o a la agencia que figure en dichos documentos. Plessen Ophthalmology acepta la determinación de la tarifa de la compañía aseguradora de Medicare como la tarifa completa, y yo soy responsable únicamente del deducible, del coseguro y de los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de la tarifa de la compañía aseguradora de Medicare.

2. MEDIGAP: Entiendo que, si una póliza de Medigap u otro seguro médico figura en el punto 9 del formulario 1500 de la HCFA o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados, con mi firma autorizo a revelar la información a la aseguradora o a la agencia que figure en dichos documentos. Solicito que, si es posible, se haga el pago de los beneficios autorizados del seguro secundario en mi nombre a Plessen Ophthalmology o, de lo contrario, a mí.

3. OTRO SEGURO: Entiendo que Plessen Ophthalmology o sus médicos independientes contratados son parte de la red o tienen contrato con muchos planes de seguros. Acepto que soy individualmente responsable de pagar, en el momento de la prestación, la totalidad de las tarifas de todos los servicios prestados si Plessen Ophthalmology o sus médicos independientes contratados no forman parte de la red de mi plan de seguro.

4. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Asumo la total responsabilidad financiera por todos los productos o servicios que mi plan médico no cubra. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios que no se especifiquen como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de atención médica le dé al paciente, y tratamientos o pruebas no autorizados por el plan de atención médica. Acepto cooperar con Plessen Ophthalmology para obtener las autorizaciones necesarias del plan de atención médica.

5. ACUERDO FINANCIERO: Acepto que, a cambio de los servicios que me preste Plessen Ophthalmology o sus médicos independientes contratados, pagaré mi cuenta en el momento en que se presten los servicios o haré acuerdos financieros que a Plessen Ophthalmology le resulten satisfactorios para el pago. Si se envía una cuenta a una agencia de cobros o a un abogado para que efectúe el cobro, acepto pagar los gastos por el cobro y los honorarios razonables del abogado según lo disponga el tribunal y no un jurado o una acción judicial. Entiendo y acepto que, si me atraso en el pago de una cuenta, pueden cobrarme un cargo administrativo de \$30, además del interés legal correspondiente. Por el presente, se asigna a Plessen Ophthalmology todo tipo de beneficios de cualquier póliza que cubra al paciente, o a cualquier otra parte responsable del paciente. Si mi compañía de seguros o plan médico designa copagos o deducibles, acepto pagárselos a Plessen Ophthalmology.

6. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Eye Health Partners es una empresa de administración de consultorios de médicos contratados de forma independiente que tiene el compromiso de desempeñar funciones comerciales fundamentales para los consultorios de médicos independientes que administra. Eye Health Partners no presta servicios médicos. Autorizo a los médicos independientes contratados administrados por Plessen Ophthalmology y a sus colaboradores, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica bajo su dirección a prestar servicios de diagnóstico y tratamiento. Acepto someterme a la dilatación pupilar a los fines del examen, y me han recomendado que no conduzca si siento que tengo una deficiencia visual. Entiendo que no me dieron ni me darán ninguna garantía sobre cualquier posible resultado o cura en función de mi examen o de mi tratamiento.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____