Keys Eye Care

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Recibo de aviso de prácticas de privacidad

Como paciente de Keys Eye Care, reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar y tener una copia del Aviso de prácticas de privacidad para mis registros. Entiendo que mi información puede ser divulgada para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También entiendo que puedo revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para una descripción de tales posibles divulgaciones. Entiendo que tengo derecho a solicitar que Keys Eye Care restrinja cómo se divulga mi información. Entiendo que puedo revocar este consentimiento enviando un aviso por escrito a Keys Eye Care.

También entiendo que es mi responsabilidad leer este documento y contactar a Keys Eye Care si tuviera alguna pregunta con respecto a las políticas descritas en este aviso.

_____

Iniciales

Política financiera

Acepto que soy totalmente responsable del pago total de todos los procedimientos realizados en esta oficina; esto incluye cualquier servicio / tratamiento que no sea un beneficio de ningún seguro de visión que pueda tener. Entiendo que todos los servicios y productos no relacionados con el seguro deben pagarse en su totalidad en la fecha del servicio.

Si el seguro que proporcionó no paga en su totalidad, acepto que se me facture el saldo y que pague estos cargos al recibirlos. Aceptó ser responsable de todos los cargos en caso de que proporcione información incorrecta o incompleta. También aceptó pagar: copagos, cargo de refracción de $ 25.00 *, tarifa de ajuste de lentes de contacto, suministro de lentes de contacto, tarifas por anteojos en el momento de mi visita.

* La refracción es la parte del examen que ayuda al médico a determinar si puede tener una disminución en la visión o si su visión puede corregirse con una receta de anteojos o lentes de contacto. Para la mayoría de las compañías de seguros médicos privados, incluido Medicare, una refracción es un servicio no cubierto que debe pagar además de los copagos.
Cubierto: VSP, Medicaid, Spectera, Davis, Superior

_____ _____

Firma del paciente / parte responsable Fecha