



Provo Office:

1355 N. University Ave. Ste. 100
(801)377-4333

Springville Office:

374 East 400 South, Suite 1
(801) 489-5111

www.TheEyeSight.com

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Queremos que por favor entienda que queremos brindarle el tratamiento que usted necesita y trabajar con usted y cualquier cobertura de seguro que usted pueda tener.

1. Servicios profesionales son rendidos al paciente, y no a la compañía de seguro. El seguro tiene la responsabilidad con el paciente y el paciente tiene la responsabilidad con el doctor. No podemos asumir que los cargos serán pagados por el seguro.
2. Los beneficios pueden ser menos de lo que anticipamos. Por favor entienda que la cantidad de beneficios de su seguro particular es un arreglo entre su jefe y la compañía de seguro. Nosotros no podemos aumentar o cambiar ninguno de sus beneficios.
3. Para su conveniencia, nosotros ESTIMAREMOS la porción de su costo que el seguro puede cubrir. Esto es solamente un PRESUPUESTO. Después de los beneficios del seguro, usted es responsable por cualquier balance que quede sin pagar. En el día de servicio, le pedimos que pague la porción ESTIMADA del balance total.
4. Hoy en día, en el sistema de cuidado médico, las compañías de seguro tienen varios requisitos de “proveedores”. Pueda que seamos o no proveedor de su plan. Es **su responsabilidad** determinar los requisitos de su seguro.
5. Si no somos proveedores de su seguro o si usted tiene un plan hacia fuera- del estado, pueda que usted tenga que pagar en el momento de servicios. Nosotros cobraremos al seguro por usted para que usted pueda ser reembolsado por cualquier servicio cubierto.
6. Un cargo de \$5 por mes o 18% interés anual será agregado a su cuenta si no hemos recibido pago del seguro entre 60 días. Este permitirá suficiente tiempo adecuado para que usted vea sí sus beneficios del seguro han sido pagados.

Gracias por su comprensión en este asunto.