

**Washington Eye Institute**  
**7500 Greenway Center Dr #300, Greenbelt, MD 20770**  
**301-277-4844 Fax: 301-927-3221**

Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de servirle, POR FAVOR IMPRIMA la siguiente información			
Nombre:			
Dirección:		Ciudad/Estado/Código postal	
SSN	Fecha de nacimiento	Género	
Teléfono residencial	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Dirección de correo electrónico		Otro teléfono	
Nombre de contacto de emergencia 1	Teléfono de contacto de emergencia	Contacto de emergencia 2	Teléfono de contacto de emergencia
Si el paciente es un niño, ¿quién puede autorizar el tratamiento?		Relación	
Persona financieramente responsable del tratamiento si no es uno mismo		Teléfono	
Titular principal de la póliza de seguro		Relación	DOB
Titular de la póliza de seguro secundario		Relación	DOB
Titular de la póliza de seguro terciario		Relación	DOB
Nombre del médico de atención primaria / teléfono / dirección	Persona/médico que lo refirió		Anterior Oftalmólogo

**Raza (círculo uno):** Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Otros se niegan a proporcionar

**Etnicidad (círculo uno):** Hispanos/latinos    no hispanos/latinos    se niegan a proporcionar

**Idioma (círculo uno):** Inglés    Español    Otro: \_\_\_

Entiendo que los cargos por visita al consultorio se pagan el día en que se presta el servicio. Autorizo al Washington Eye Institute a facturar a mi compañía de seguros. Independientemente de la cobertura del seguro, soy responsable de que todas las facturas se paguen de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre Washington Eye Institute y yo.

**Firma:** \_\_\_\_\_

# WASHINGTON

## EYE INSTITUTE

Phone: 301-277-4844 / Fax: 301-927-3221  
7500 Greenway Center Drive, Suite 300  
Greenbelt, MD 20770

### **POLÍTICA FINANCIERA**

En Washington Eye Institute, LLC, estamos comprometidos a brindarle el más alto nivel de servicio y atención de calidad. Como cortesía, presentaremos un reclamo ante su compañía de seguros por usted. Proporcione a nuestra práctica la información de su seguro, incluida una identificación con foto y su tarjeta de seguro para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Por favor, comprenda que toda la responsabilidad financiera recae en el paciente y no en la compañía de seguros. Esto significa que el paciente es responsable de cualquier pago que no sea pagado por la compañía de seguros.

### **Compañías de seguros y servicios no cubiertos:**

Nuestra oficina participa con muchas de las principales compañías de seguros. Es responsabilidad del paciente / padre / tutor de:

- Familiarícese con los beneficios de su plan, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles.
- Averigüe de su compañía de seguros si la compañía de seguros cubrirá o no el servicio que se proporciona.
- Lleve todas sus tarjetas de seguro actuales a todas las visitas.
- Proporcionar a nuestra práctica información actual, incluida la dirección, los números de teléfono y el empleador.
- De acuerdo con su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar su copago y / o deducibles en cada visita.

Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito para servicios.

- La evaluación y compra de lentes de contacto con frecuencia no están cubiertas por las compañías de seguros, con las que participa nuestra práctica. El pago total es debido por el paciente en el momento del servicio y al ordenar lentes de contacto.
- La mayoría de las compañías de seguros, incluido Medicare, no cubren la refracción. Nuestra tarifa de oficina para la refracción es de \$ 50.00, y esta tarifa se cobra en el momento de su visita, además de los copagos y / o deducibles.
- Brindamos atención oftalmológica médica, quirúrgica y cosmética a nuestros pacientes y, aunque brindamos exámenes oculares de rutina, cuando el paciente no tiene quejas médicas, no aceptamos NINGÚN plan de visión ni facturamos seguros de salud por estos exámenes. Puede presentar un reclamo a su seguro para tratar de buscar el reembolso de los servicios de rutina. Nuestros cargos por exámenes están disponibles bajo petición.

**\*\*Si no tiene una queja médica, puede ser financieramente responsable de todos los cargos en el momento del servicio. \*\***

**Saldos pendientes:**

Agradecemos el pronto pago en su totalidad por cualquier saldo pendiente. Si su cuenta se entrega a una agencia de cobro, usted acepta pagar las tarifas impuestas por la agencia de cobro para cobrar el monto vencido. Cualquier pago de cheque que no se liquide en el banco estará sujeto a un cargo por cheque devuelto de \$25.00.

**Referencias:**

Si tiene un plan de atención administrada que requiere una referencia para ver a un especialista, *debe* obtener una referencia para que su visita a nuestra oficina esté cubierta por su seguro médico. Si no tiene una referencia válida, su cita se reprogramará para la próxima fecha disponible.

**Servicio y tarifa de refracción (prescripción de gafas):**

Si recibe una receta para anteojos o lentes de contacto, se le cobrará la tarifa de refracción de **\$ 50.00**, que se cobrará en el momento de su visita.

**Formas:**

Hay un cargo por completar varios formularios, incluidos los formularios de visión del DMV. Se requiere el pago por adelantado para completar formularios o para la comunicación escrita adicional por parte del médico.

**Cancelaciones/No Shows :**

Si no puede hacer su cita, es importante que nos llame al (301) 277-4844 lo antes posible para que podamos hacer otros arreglos. Le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación para visitas al consultorio y 1 semana para procedimientos, para evitar una tarifa de cita perdida. No-Show / Cancelación tardía La tarifa para visitas al consultorio es de \$ 25.00 y para procedimientos es de \$ 250.00.

**Menores/Pacientes Dependientes:**

Para todos los servicios prestados a pacientes menores / dependientes, esperamos pagos del padre o tutor legal del menor. En casos de separación o divorcio, al presentar tarjetas de seguro para un dependiente inscrito bajo un suscriptor que no sea usted, esté preparado para proporcionar su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social. Le solicitamos que informe al suscriptor que su seguro ha sido utilizado.

Su firma indica que ha leído, entendido y aceptado las responsabilidades financieras, políticas y procedimientos de nuestra oficina.

---

Firma del paciente/tutor

---

Fecha

---

Nombre impreso del paciente