



Autorización para la Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios

Pido que el pago de beneficios autorizado por Medicare sean hechos en mi nombre a Grand Rapids Ophthalmology.

Autorizo que toda información medica respecto a mi sea hecha accesible a Centros de Servicios Medicare y Medicaid (anteriormente conocidos como Administración Financiera del Cuidado de Salud) y sus agentes cualquier solicitud de firma para hacer un pago y autorizo la divulgación de información médica necesario para el pago de la reclamación. Si otro seguro de salud indicado en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en cualquier otro formulario de reclamación aprobado, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador(ora) o la agencia mencionada. Grand Rapids Ophthalmology acepta el cobro determinado por la entidad que usa Medicare como el cobro total, y yo seré responsable solo por el deducible co-seguro y servicios no cubiertos. El co-seguro y deducible son basados en cargo determinado por las compañías de seguro.

Aviso a Todos los Pacientes con Respecto a Servicios Refractivos para Exámenes Medicas

Servicios refractivos se hacen para determinar la salud en general del ojo así como observar cualquier cambio de visión. También son necesarios para determinar la prescripción de lentes o lentes de contacto. La refracción es cuando un miembro del personal le pide ver entre diferentes lentes y decidir cuál es mejor. La refracción forma parte de un examen ocular comprensivo y se puede hacer en otras visitas dependiendo de lo que su doctor requiere. Él o ella podrán necesitar esta información para tomar decisiones con respecto a su cuidado salud. Muchas compañías de seguro médico (incluyendo Medicare y Priority Health) ven este servicio como un servicio no cubierto. Grand Rapids Ophthalmology le insta contactar su proveedor de seguro médico con preguntas o preocupaciones concernientes al pago de servicios de refracción.

Como el paciente usted será responsable por cualquier servicio o tratamiento no cubierto por su seguro, co-pago, deducible o caducidad/lapso en cobertura. Saldos no pagados continuaran con el proceso de colecciones.

El costo para los servicios de refracción es \$50.00. Si se paga el día de su servicio, recibirá un descuento de \$5.00.

Como el paciente, será responsable por el pago de este procedimiento junto con el co-pago o deducible aplicable. Estos se pueden colectar el día del servicio recibido.

Patient or Guarantor Signature _____

Date _____

Autorización y reconocimiento es válido para este año.