



Oregon Retina Center

Póliza Financiera y Procedimientos

Nombre _____

Fecha de
Nacimiento _____

Gracias por escoger a Oregon Retina Center. Nosotros estamos comprometidos para ofrecerle el mejor cuidado médico. Por favor revise una breve explicación de nuestras pólizas y procedimientos abajo. Si usted requiere una explicación adicional por favor no dude en preguntar. Después de leer este entero documento favor de firmar abajo. Su firma constituye un acuerdo a las pólizas y procedimientos de nuestra oficina.

Medicare & Seguro Comercial:

Usted necesita que proveernos con su información existente de seguro. Como nosotros ofrecemos cuidado médico para los ojos, nosotros solamente cobramos a su plan medical y **no** plan de visión. Favor de traer su tarjeta de seguro a todas sus citas, o la cita será reprogramada. Planes de seguro tienen diferentes requisitos para los copagos y deducibles, en cual variara dependiendo del plan y seguido cambian sin nuestro conocimiento. Es su propia responsabilidad avisarnos de cualquier cambio de seguro médico. Todos pacientes, incluyendo los que tienen cobertura de Medicare, están previstos para pagar su entero copago/co-seguro al mismo tiempo de su servicio. Pacientes que no pagan sus copagos/co-seguro al tiempo de la visita tendrán que pagar una cuota administrativa de \$10.00, mas \$5.00 adicional por cada declaración de cuenta que mandemos. Estos cargos no serán cubiertos por su seguro médico.

Por favor tome en cuenta que su seguro es una forma de reembolsar al paciente por los cargos que son pagados para el doctor. Esto no sustituye planes de pagos. Algunos planes pagan asignación fija para ciertos procedimientos y otros pagan un porcentaje de su cuenta. Es su responsabilidad saber la cantidad del copago, co-seguro y deducible de la oficina, e inmediatamente pagar cualquier copago, co-seguro, y el anual deducible y otros cargos no pagados por su compañía de su seguro.

Pacientes con Oregon Health Plan:

Usted tiene que presentar su tarjeta vigente de OHP cuando se presente a su cita o su cita será cancelada y reprogramada. Sin la información de su tarjeta, no tenemos autorización para atenderlo.

Nosotros ofrecemos Care Credit para nuestros pacientes. Usted puede aplicar en el internet o puede recoger una aplicación en nuestra oficina. Si usted no puede pagar su balanza completa por los deducibles altos favor de contactar nuestra oficina para establecer un plan de pagos. (541-770-2020)

Si usted no es capaz de hacer su mínimo pago basado en su balanza de su cuenta, usted podría ser elegible para aplicar para asistencia financiera para reducir su mínimo pago mensual.

Balanza	\$1 - \$250	\$251- \$500	\$501 - \$1,000.	\$1,001. - \$3,000.	\$3,001. - \$5,000	Más de \$5,001.
Pago Mensual	\$85.00	\$100	\$144.00	\$250.00	\$275.00	Llame nuestra oficina

Cualquier balanza bajo nuestro mínimo pago mensual tiene que poner una tarjeta de crédito en su archivo, o mandar un cheque mensual cada 15 del mes. Nosotros no mandamos declaraciones mensuales para evitar que le cobremos el cargo de declaración. Es su propia responsabilidad para llamar y revisar su balanza cada mes. Si usted le gustaría que nosotros nos encarguemos de mandarle por correo una declaración cada mes le cobraremos \$5.00 dólares más en sus pagos mensuales. Usted puede solicitar una declaración gratuita en nuestra oficina en persona a cualquier momento.

Hay un cargo de \$22.00 si su cheque es regresado (NSF).

Todas las cuentas que son más de 180 días de saldo adeudado pasado son transferidas a nuestra agencia de colección. A este punto, nosotros no podríamos aceptar pagos o hacer arreglos especiales. Si usted necesita hacer un arreglo especial, favor de contactar nuestra oficina antes que su cuenta sea transferida a una agencia de colección.

Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar todos reclamos.

Yo autorizo la liberación de pagos o beneficios médicos a mi doctor.

Gracias de nuevo por escoger Oregon Retina Center.

Firma del Paciente / Grupo Responsable

Fecha