



## **Mount Ogden Eye Center, LLC**

### **POLÍTICA FINANCIERA**

**Gracias por elegir al Centro Ocular Mount Ogden como el proveedor de su cuidado médico.** Por favor entienda que el pago por los servicios proporcionados se adeuda al momento de prestar los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito (Visa o Mastercard).

#### **Si usted tiene Seguro**

**Cuando somos un proveedor participante** todos los co-pagos, deducibles, prueba de lentes, y cargos por refracción, que no están cubiertos por su Compañía de Seguro, se adeuda al momento que se provee el servicio. Los exámenes de Refracción cuestan \$30.00 y son necesarios para determinar si su prescripción ha cambiado, o si se necesitará lentes para corregir su visión. **Medicare** y muchos seguros supletorios NO cubren este examen. Todos los servicios que no están cubiertos, tales como el examen de refracción serán de responsabilidad del paciente.

**Cuando no somos un proveedor participante** el paciente es responsable completamente por todos los gastos. Mandaremos la cuenta a su compañía de seguro, sin embargo, el saldo restante de la factura es su responsabilidad, sea o no que su compañía de seguro lo pague. No enviaremos la cuenta a su compañía de seguros a menos que usted proporcione un formulario de reclamo original. La póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Por favor tome en cuenta que algunos, o quizás todos los servicios proporcionados tal vez no estén cubiertos bajo el programa de Seguro Medicare. Si usted recibe una factura de nosotros, o nuestra compañía de facturación, requerimos el pago en el plazo de 15 días a partir de la fecha de la factura.

#### **Honorarios por Interés y Colección**

Nos reservamos el derecho de cargar interés de por lo menos 1.5% al mes. Las cuentas que sobrepasen los 60 días de vencidos acumularán interés. Además de un valor por colección de no menos del 40% del balance original puede calcularse en su cuenta si el asunto se envía a un servicio de colección. También cargaremos un honorario de \$25.00 por devolución de cheque y cualquier costo adicional por colección incurridos para recuperar la cantidad original adeudada por servicios médicos prestados.

He leído la política financiera del Centro Ocular Mount Ogden. Entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

-----  
Firma del Paciente o la personal responsable de la cuenta

-----  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha