

Eye Associates VALLEY POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a asociados de la visión del valle. La siguiente información se detalla nuestra política financiera. Su comprensión de nuestra política financiera es importante. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor, póngase en contacto con nosotros en 920-730-4132, 800-344-4443, o nosotros (preferido) un correo electrónico a info@valleyeye.com.

la facturación del seguro

Por favor, presente su tarjeta de seguro en cada visita. Es su responsabilidad de informar a Valle de ojos de cualquier cambio seguro que pueda tener. Valley Eye Associates es un proveedor participante en muchos planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid, United Healthcare, la Red del Plan de Salud, Humana, Blue Cross / Blue Shield, el Plan de Seguros Visión de América, de Prevea, entre otros. Si no está seguro si Valle de los ojos es un proveedor participante en su plan de seguro, póngase en contacto con nuestra oficina de negocios en el número que aparece arriba. Nos van a presentar una reclamación a su compañía de seguros por los servicios prestados por los asociados de la visión del valle, y vamos a trabajar con usted y su compañía de seguros para resolver cualquier problema de procesamiento seguro de que pueda surgir, sin embargo, usted es responsable por el pago de los servicios prestados por el Valle Eye Associates. Debe ser recibido un pago en exceso de su compañía de seguros, un reembolso será hecho directamente a su compañía de seguros. Debe ser recibido un pago excesivo de usted, un reembolso será emitida a su nombre por montos superiores a diez dólares.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE MEDICARE

Tenga en cuenta que nuestra oficina es un proveedor participante en el programa Medicare y que acepta la asignación de todas las reclamaciones de Medicare. Es importante saber que Medicare no cubre todos los servicios. La refracción es un servicio que no está cubierto por Medicare, y es a menudo no están cubiertos por los planes de suplemento de Medicare tampoco. Por favor, estar dispuestos a pagar el cargo de refracción en su totalidad, si no es cubierto por su compañía de seguros, en el momento del servicio. Póngase en contacto con nuestra oficina al número que aparece arriba si tiene alguna pregunta sobre la carga de la refracción.

(over)

COPAGOS

Todos los co-pagos son debidos en el momento del servicio. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques o pagos de tarjetas de crédito MasterCard / Visa / Discover.

AUTORIZACIONES

Es su responsabilidad obtener cualquier anterior autorizaciones necesarias para los servicios requeridos por su compañía de seguros. En caso de que llegue a su cita sin una autorización que es requerida por su compañía de seguros, su cita puede ser cancelada y / o reprogramado. Si no está seguro de si su compañía de seguros requiere autorización previa para los servicios, póngase en contacto con su compañía de seguros directamente.

Estoy de acuerdo que ha leído y entendido la política financiera del valle de asociados de la visión, y acepto que soy responsable por SERVICIOS. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica, o cualquier otra información necesaria para procesar las reclamaciones.

NOMBRE DEL
PACIENTE: _____

Por favor imprimir

PACIENTE
FIRMA: _____

firmar

Fecha

TUTOR
NOMBRE: _____

Por favor imprimir

TUTOR
FIRMA: _____

firmar

Fecha