



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

## Acuerdo de pago

**Todos los pagos** son debidos en el momento del servicio. Esto incluye deducibles, copagos y cualquier otro servicio no cubierto. Los exámenes de Lentes de contacto son un servicio no cubierto. Su costo específico será revisado con usted y se debe en el momento del servicio. No somos proveedores de ningún plan de visión.

**La refracción** se hace para determinar su visión más clara. Una refracción es esencial para determinar si la disminución de la visión se debe a un cambio en su receta o si existe otra razón médica. Este procedimiento no está cubierto por Medicare ni por la mayoría de las compañías de seguros. Los pacientes con Medicare tendrán que pagar la tarifa en el momento del servicio. Esperamos que entienda la importancia de determinar su mejor visión corregida es esencial para su examen de la vista y un diagnóstico adecuado.

Además, podemos cobrar una cuota de de \$25 por cada cita cancelada sin 24 horas de anticipation.

**Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que se me prestan.** A menos que se hayan hecho arreglos financieros previamente acordados mutuamente por Clarity Eye Center y **yo, pagaré por completo por todos los servicios que me hayan prestado.** Clarity Eye Center se reserva el derecho de cobrar honorarios financieros por cualquier saldo pendiente que requiera servicios de cobro.

Solicito que se haga el pago de los beneficios de seguro autorizados en mi nombre al Centro de Ojos de Clarity por cualquier servicio prestado por Clarity Eye Center. Para pacientes de Medicare / Medicaid: Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados **de Medicare / Medicaid** a mí o en mi nombre a Clarity Eye Center por los servicios que me proporcionaron. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud ya sus agentes necesarios para determinar estos beneficios pagados por servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Reconozco que recibo el aviso de prácticas de privacidad

Yo (entiendo) reconozco que se me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Clarity Eye apartir de septiembre de 2017.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha