

DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

1. LOS SEGUROS PRIVADOS LA AUTORIZACION PARA LA ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS Y LA LIBERACION DE LA INFORMACION.

Por la presente, y autorizar el pago directo de mis beneficios para *Specialty EyeCare Center*, para cualquier servicio proporcionado a mi por el médico (s). Yo autorizo al médico para liberar toda la información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me prestados durante el período de tales servicios médicos a terceros contribuyentes y / o profesionales de la salud. En el caso de que mi plan de salud determina un servicio que "no se refiere," yo se responsable para completar la carga. Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios prestados pendientes de pago en mi nombre o mis dependientes, incluidos los honorarios por servicios de recolección.

2. AUTORIZACION DE PAGOS

Yo entiendo que como una cortesía, *Specialty EyeCare Center*, me puede ayudar en la verificación de mis beneficios y presentar mi reclamacion(es) a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directamente a *Specialty EyeCare Center* la salud visual y su médico (s) de los beneficios, de lo contrario, a pagar a mi, por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable para cualquier seguro, co-pago, deducibles, co-seguros y no los servicios cubiertos.

3. FIRMA DEL CURSO DE LA VIDA DE SEGURO MEDICARE EN ARCHIVO

Solicito que ese pago de beneficios autorizados de Medicare son hechos a mi o en mi beneficio al *Specialty EyeCare Center* para cualquier servicio me proporciono por el médico(s). Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí soltar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes que cualquier información necesité para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

4. MEDIGAP AUTORIZACION PARA LA ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS Y LA LIBERACION DE LA INFORMACION

Solicito que ese pago de beneficios autorizados de Medicare son hechos a mi o en mi beneficio al *Specialty EyeCare Center* para cualquier servicio me proporciono por el médico(s). Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí soltar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes que cualquier información necesité para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

5. EL CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a *Specialty EyeCare Center*, a través desu personal apropiado, para llevar a cabo o han realizado sobre mí, o el paciente soy responsable de, una adecuada evaluación, pruebas y/o tratamiento.

6. DENEGACION DE SEGURO

Usted es responsable de notificar a *Specialty EyeCare Center* de su actual seguro de la información necesaria acerca de su plan de seguro, por lo tanto, por favor tenga su tarjeta de seguro actual con usted en todo momento, así como un identificación con fotografía tales como una licencia de conducir, Identificación militar o identificación emitada por el gobierno.

Nombre de paciente (Imprima Por Favor)

La firma de Paciente (o el Partido Responsable)

Fecha