



Greg Wacasey, O.D.

Nombre Completo: _____ Fec. Nac. ___/___/____ Edad: ____
Dirección: _____ Correo electrónico: _____
Cdad: _____ Estado: _____ Zip: _____
teléfono de casa (____) ____-____ Celular: (____) ____-____
Empleador _____ Ocupación: _____
Médico de cabecera: _____ teléfono # _____
Nombre del seguro médico: _____
Nombre del plan de visión: _____
SSN (número de seguro social) _____
Responsable de los menores _____ Su SSN _____
A quién se puede divulgar la información _____ Relacion: _____
Completo/ Partial
¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Sobre su seguro

Existen dos tipos de planes de salud que le ayudarán a pagar sus servicios de atención oftalmológica y productos ópticos. Es posible que tenga ambos tipos y el Dr. Greg Wacasey acepta la mayoría de los planes de seguro de ambas categorías. 1) Planes oftalmológicos (VSP, EyeMed y otros) y 2) Seguro médico (Blue Cross Blue Shield, Aetna, Medicare y otros). Vision plans only cover routine vision wellness exams, along with eyeglasses and contact lenses. Vision plans do not cover medical eyecare (the diagnosis, management, or treatment of eye health problems).

- El seguro médico debe utilizarse para la atención oftalmológica.
- Si tiene ambos tipos de planes, es posible que tengamos que facturar algunos servicios a un plan y otros al otro. Esto supondrá la necesidad de realizar dos visitas separadas, ya que no podemos presentar la solicitud a ambos planes en la misma visita.

Cualquier cuota que no cubra su seguro le será facturada, como deducibles, copagos o servicios no cubiertos según lo permita el contrato del seguro.

Por favor, entregue sus tarjetas del seguro a nuestro personal para que podamos hacer una copia. Necesitamos tener su tarjeta del seguro médico o de Medicare en nuestros archivos por si la necesitamos en el futuro para facturar a su seguro.

He leído y acepto estas políticas.

Firma del paciente (padre/madre/tutor si es menor de edad)

Fecha

EL PAGO SE REALIZARÁ AL PRESTARSE LOS SERVICIOS. LOS HONORARIOS PROFESIONALES NO SON REEMBOLSABLES. LA CUOTA DEL EXAMEN ÓPTICO NO INCLUYE LA PRESCRIPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO. LA



RECETA DE LENTES DE CONTACTO DEFINITIVA SE ENTREGARÁ UNA VEZ COMPLETADO EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LAS LENTES DE CONTACTO, INCLUIDAS TODAS LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO NECESARIAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

POLÍTICA DE REFRACCIÓN: Una refracción es una prueba en la que se utiliza una serie de lentes para determinar qué potencia de lente le ayudará a obtener la mejor visión corregida o su necesidad de lentes correctoras (anteojos). Una refracción NO es un servicio cubierto por Medicare ni por la mayoría de las compañías de seguros médicos. Nuestra tarifa por una refracción es de \$50.00 y esta tarifa se cobrará además de cualquier copago por visita al consultorio.

PACIENTES DEL MEDICARE TRADICIONAL: Presentamos todas las visitas al consultorio para los pacientes de Medicare. Aunque no presentamos todos los suplementos de Medicare, asegúrese de proporcionar esa información a nuestro consultorio. Si su suplemento es un seguro Medigap, Medicare enviará sus reclamaciones directamente a esa compañía. Si Medicare no envía su reclamación, usted será responsable del 20 % que Medicare no paga, más el costo de la refracción y cualquier deducible que no haya pagado en el momento de su visita. Le proporcionaremos una factura detallada pagada para que la envíe a su seguro complementario para su reembolso.

MEDICARE HMO PATIENTS: Los pacientes de Medicare HMO deben obtener una remisión del seguro de su proveedor de atención primaria antes de cada visita. No podremos atenderle sin el número de remisión autorizado por su proveedor de seguros.

PACIENTES CON SEGURO COMERCIAL: No tramamos seguros para visitas al consultorio a menos que usted esté cubierto por una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con la que participamos. Si estamos fuera de su red o si su visita es para un examen de la vista de rutina (la mayoría de las compañías de seguros no cubren los exámenes de la vista de rutina, incluso si se trata de una PPO o una HMO), se requiere el pago en el momento del servicio. Le proporcionaremos la información necesaria para que pueda solicitar el reembolso de su visita. Usted será responsable de cualquier servicio, prueba o procedimiento que sea denegado o no cubierto por su compañía de seguros. Es muy importante que consulte con su compañía de seguros o con el departamento de recursos humanos de su trabajo para determinar si su seguro le exige acudir a un médico determinado o tiene otros requisitos especiales, como un número de remisión que debemos tener antes de su próxima visita. Si descubre que no estamos incluidos en su plan, llámenos lo antes posible para que podamos cambiar su cita. La mayoría de las compañías de seguros no nos proporcionan esta información, por lo que no podemos llamar en su nombre. Si acude a un médico fuera de su red, normalmente deberá pagar una parte mayor de la tarifa y, a menudo, también tendrá que pagar un deducible.

SIN SEGURO: Si no tiene cobertura de seguro, deberá pagar en el momento del servicio.

AVISO:

Si por cualquier motivo una reclamación que presentemos a su compañía de seguros permanece sin pagar sesenta (60) días después de la fecha en que se prestaron los servicios, usted será responsable del pago del saldo total. Tenga en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros tienen un plazo limitado para presentar reclamaciones, por lo que es responsabilidad del paciente proporcionarnos la información correcta sobre su seguro antes de la cita programada. Si no nos proporciona la información correcta sobre su seguro, es posible que tenga que hacerse cargo del pago del saldo total a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo la política de pago del Dr. Greg Wacasey.

Firma: _____ Fecha: _____



HIPAA / PRIVACIDAD

Aviso sobre prácticas de privacidad

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he leído la copia proporcionada del Aviso sobre prácticas de privacidad del Dr. Greg Wacasey.

Nombre completo del paciente: _____

Firma del paciente: _____

(O representante legal del paciente)

Fecha: _____

Yo _____ (nombre completo) Acepto recibir mi receta de anteojos y/o lentes de contacto por vía electrónica.

Política de citas perdidas y cancelaciones

SI NO PUEDE ACUDIR A UNA CITA PROGRAMADA, AVÍSENOS CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN PARA ASEGURARSE DE QUE NO SE LE COBRARÁ POR LA CITA.

SI NO AVISA CON AL MENOS 24 HORAS DE ANTELACIÓN Y NO PODEMOS LLENAR SU ESPACIO, SE LE COBRARÁ UNA TARIFA DE CANCELACIÓN/AUSENCIA DE 100 DÓLARES.

GRACIAS.

Firma _____

Fecha: _____