



Colorado Family
Eye Centers



Children's Eye Physicians



Colorado Center
for Eye Alignment

Correo electrónico del paciente/padre : _____

(Así es como Children's Eye Physicians se comunica con el paciente / padre con respecto a la facturación, cierres de oficina, recordatorios para citas, etc..)

El seguro de la vista del paciente es: VSP EYEMED SPECTERA OTRO NINGUNA

¿El paciente usa lentes de contacto? SI NO

¿El paciente espera hablar sobre lentes de contacto con el médico hoy? SI NO

** si la respuesta es "SI" el doctor va a determinar si el paciente es un buen candidato en su cita de hoy, después se podría hacer una cita separada para los contactos**

¿El paciente desea actualizar su receta de lentes de contacto en la visita de hoy? SI NO

Seguro de Visión o Medica: Su póliza de seguro es un contrato entre su empleador o usted y la compañía de seguro. Children's Eye Physicians no es parte de ese contrato. Su cobertura, los copagos requeridos, deducibles, y co-seguro son definidos en su póliza y es su responsabilidad. Además de la tarifa del examen de hoy, PUEDE necesitar servicios adicionales para brindarle al paciente la mejor calidad de atención. Estos servicios no siempre están cubiertos por un seguro médico o de la vista. Es posible que tenga tarifas adicionales fuera de la tarifa del examen Su plan de seguro o el gobierno federal determina el rango de sus beneficios disponibles. Es su responsabilidad saber la cobertura de su plan de seguro.

Tarjeta de Crédito/Cuenta de Banco en Archivo requisito: Children's Eye Physicians requiere a todos los pacientes que firmen un acuerdo con nosotros en nuestro comerciante que es seguro en tarjetas de crédito Waystar. Usted tendrá que dejar una tarjeta de crédito, débito o cheque en registro cual será cobrada automáticamente con la porción que es su responsabilidad explicado en su (EOB) explicación de beneficios. Usted recibirá un correo electrónico 3 días antes de procesar la cantidad que le corresponde a su tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta de cheque que tenemos en archivo. Esto le da tiempo de contactar nuestra oficina en un periodo de tiempo si tiene preguntas o dudas sobre su balance. Aceptamos las tarjetas Visa, Master Card, Discover, American Express, tarjetas de débito y cheques. Por favor tenga en cuenta que, dependiendo en sus servicios, podemos requerir que la responsabilidad del paciente sea pagado el día de la cita. Si se sobre colecta el monto usted recibirá un reembolso.

Divulgación de información: Autorizo a Children's Eye Physicians a divulgar los registros médicos de este paciente a cualquier entidad cubierta que participe en su atención.

Asignación de beneficios: Autorizo a mi aseguradora a asignar todos los beneficios quirúrgicos, médicos o de rutina directamente a Children's Eye Physicians. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros.

Política de pago: Children's Eye Physicians facturará a su seguro por cortesía y aceptará su tarifa negociada por los cargos facturados. Sin embargo, usted será responsable de cualquier saldo que el seguro considere como responsabilidad del paciente. El pago se espera en su totalidad en el momento del servicio o al momento del procesamiento del seguro al proporcionar la información de pago en el momento del servicio o al recibir un estado de cuenta por correo electrónico. Usted es responsable de los cargos no pagos por los servicios prestados y cualquier cobro, abogado o honorarios judiciales incurridos.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre

Fecha

Your vision is our mission

SOUTHEAST PEDIATRIC MEDICAL CENTER
9094 E. Mineral Ave, Suite 200
Centennial, CO 80112



CENTRAL PARK PROFESSIONAL BUILDING
2373 Central Park Blvd, Suite 102
Denver, CO 80238



WEST RIDGE OFFICE PARK
4875 Ward Road, Suite 600
Wheat Ridge, CO 80033