



OF THE NORTH SHORE
 EYE PHYSICIANS & SURGEONS
 400 Highland Ave, Suite 20, Salem MA 01970
 Phone (978) 744-1177
 Fax (978) 910-0507

Formulario De Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir Eye Center The North Shore. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a proveerle con un cuidado de alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestra forma financiera del Paciente.

- El paciente (o tutor del paciente, si es menor de edad) es responsable por el pago de tratamiento y cuidado.
- Es necesario que el paciente nos informe la información más correcta y actualizada acerca de su seguro, y será responsable de cualquier gasto incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.
- Es su responsabilidad de entender su plan de beneficios de seguros. También es su responsabilidad saber si un referido escrito o si una pre autorización es necesitada para consultar a un especialista, o antes de cualquier intervención, y qué servicios están cubiertos.
- Si no tiene seguro medico el pago por the visit a de ser pagado antes de la visita.
- **Los pacientes son responsables por el pago de copagos , coseguro , deducibles , y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro . Esto puede incluir, pero no limitarse a un " examen de rutina de los ojos " y / o " refracciones " Actualmente los precios son \$ 290.00 - \$ 390.00 para un nuevo paciente y \$ 150- \$ 325.00 para un paciente establecido . Costo de refracción es actualmente de \$ 35,00. Le enviaremos la factura que después de saber de su seguro. Si usted prefiere pagar en la oficina , aceptamos efectivo, cheques, órdenes de pago y todas las tarjetas de crédito**

Firma de Paciente o tutor _____ Fecha _____

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS

Al firmar abajo, usted se compromete a aceptar la plena responsabilidad financiera como un paciente que está recibiendo los servicios médicos o como la parte responsable de un menor de edad. Por la presente autorizo a mis beneficios de seguro de atención a Eye Center of the North Shore . Su firma verifica que usted ha leído la statment discolsure anterior, undersatanding sus responsibilities, y de acuerdo con estos términos para un año completo a partir de la fecha de firma.

Nombre De Paciente _____ F.D.N _____

Firma _____ Fecha _____

Persona Responsable _____

Firma _____ Fecha _____