

Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers
Clasificación de Reclamación de seguros y autorización para divulgar información

**POR FAVOR DE A LA RECEPCIONISTA SU TARJETA(S) DE SEGURO MEDICO ACTUAL ASI PODREMOS
GUARDAR UNA COPIA EN SU EXPEDIENTE.**

Nombre del Plan de Su Seguro Primario: _____ Fecha Efectiva: _____
Nombre del Titular: _____ Relación: Esposo(a) Hijo(a) Otro _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Plan ID#: _____ Número del Grupo: _____
Nombre del Plan de Su Seguro Secundario: _____ Fecha Efectiva: _____
Nombre del Titular: _____ Relación: Esposo(a) Hijo(a) Otro _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Plan ID #: _____ Número del Grupo: _____

**¿SU VISITA ESTA RELACIONADA POR LESIONES EN EL TRABAJO O POR UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO? SI NO
SI ES ASI, POR FAVOR NOTIFIQUESELO A LA RECEPCIONISTA.**

Por la presente autorizo a la **Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers** presentar reclamaciones a mi compañía de seguro(s) por los servicios prestados a mi persona por la **Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers**. Certifico que la información que yo he proporcionado con relación a mi compañía de seguro es la correcta. Entiendo que soy el responsable de notificar a la **Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers** si mi seguro cambia, se cancelan los beneficios o si la cobertura que yo he proporcionado es la incorrecta. Yo entiendo y acepto que es mi responsabilidad entender los beneficios de mi plan de seguro y que de no hacerlo puede resultar en un pago menor o no haya pago absoluto de mi compañía de seguro(s). Entiendo y acepto que soy responsable en última instancia por el pago total por todos los servicios que yo he recibido de la **Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers**. Entiendo y acepto que cualquier y todas las referencias, documentación y/o información, si es necesario, es MI responsabilidad obtener y proporcionar a la **Plaza Eye Clinic PA, dba Cross Eye Centers**.

Yo autorizo a la **Plaza Eye Clinic, PA dba Cross Eye Centers** divulgar cualquier información, incluyendo información médica para las reclamaciones a mi compañía(s) de seguros o agencia de reembolso, o en el caso de los beneficios de la parte B de Medicare a la Administración del Seguro Social, con el fin de determinar los beneficios a los que yo podría tener derecho. Por la presente autorizo que el pago se haga directamente a la **Plaza eye Clinic, PA, dba Cross Eye Centers**, dando cuenta que soy el responsable de pagar cualquier deducible, copago o servicio no cubierto según lo determine mi compañía de seguros. En el caso de que la cuenta sea llevada a un abogado o a una agencia de colección para obtener el pago de mi persona, seré responsable de todos los honorarios de abogados y cobranza incurridos.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. En el caso de la cobertura de Medicare, la Administración del Seguro Social podrá revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

He leído, entendido y aceptado los términos y las condiciones anteriores.

Firma del Paciente o de la parte responsable

Fecha

Testigo

Fecha

PARA LOS PACIENTES QUE NO TIENEN SEGURO, TARJETA DE SEGURO, Y/O SE REQUIERAN REFERENCIAS

Reconozco que no traje ninguna referencia como es requerido por mi compañía de Seguros y/o no tengo Seguro Médico o tarjetas de Seguro. Yo elijo pagar por los servicios prestados ya que no tengo ninguna referencia o Seguro Médico o Tarjetas de Seguro.

Firma

Fecha