

For office use only: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE DE POLIZAS
 EL PAGO SE DEBE EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DEL SERVICIO**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Usted asigna todos los beneficios médicos a DuPage Optical y también autoriza a DuPage Optical a liberar toda la información necesaria para garantizar el pago. Usted está de acuerdo que si la aseguranza le paga a usted directamente, ese pago monetario en realidad se debe a DuPage Optical y es responsabilidad del paciente.

INFORMACIÓN DE FACTURA:

Como cortesía, Dupage Optical somete las reclamaciones directamente a su aseguransa medica o plan de visión en la mayoría de los casos. Es su responsabilidad verificar sus beneficios y la cobertura de proveedores. Si tiene alguna pregunta sobre sus Beneficios, porfavor contacte a su plan medico o de visión directamente. Balances no pagados por su aseguranza se deben 30 dias después de la factura. Si su cuenta permanece sin pagar, se aplicaran \$25 de recargo y mandaremos su cuenta a colección. Una vez mandada a colección, mandaremos su cuenta a la agencia de crédito. Dupage Optical reserva el derecho a suspender el tratamiento del paciente si su cuenta no esta en buenos términos. Es su responsabilidad contactar a Dupage Optical con información correcta incluyendo aseguranza, pre-certificaciones, persona responsable, fecha de lesión, tipo de accidente, poliza, y números de grupo, etc. Si la información cambiara, es su responsabilidad actualizar la información de manera oportuna. Si nos provee con información incorrecta, el balance de la ultima cita será su responsabilidad. Dupage optical no se encargara de someter nuevas reclamaciones sin estar informados de aseguranza nueva.

MÉTODOS DE PAGO:

DuPage Optical acepta tarjetas de crédito, debito, Care Credit, efectivo, y cheques personales como forma de pago. Habrá un

Reembolos de accesorios oculares- Habra un cobro de 25% del costo total, si accesorios oculares son regresados durante los 30 dias, y 50% durante 90 dias. No hay reembolso después de 90 dias.

Cambios echos por el doctor- Lentes serán reechos hasta 90 dias desde el dia original del recibo sin costo al paciente y a 50% del costo original si son mas de 90 dias.

Lentes de contacto- Lentes de contacto personalizados serán sometidos a una tarifa de reposicion del 25%.

Lentes de contact cerrados- Reembolso completo si no están abiertos o expirados.

CARGOS DE CITAS PERDIDAS:

Un costo de \$25 será cobrado por citas pérdidas o citas canceladas con menos de 24 horas de aviso. Ese cargo se debe pagar antes que se haga una cita nueva o antes que se provén servicios. Ese cargo no será cobrado ni pagado por su aseguranza. Pacientes con más de 3 citas perdidas no podrán hacer cita nueva sin un depósito de \$25, que será aplicado al momento de hacer la cita nueva. Nosotros entendemos que emergencias ocurren y trataremos de hacer acuerdos razonables. Si la cita puede ser reemplazada en la misma semana con la que fue perdida, el balance de \$25 será cancelado.

FORMA DE CONFIDELIDAD:

Usted entiende que si esta cuenta es enviada a un abogado, una agencia de colección o si su balance es reportado a una agencia de crédito; el hecho que usted recibió servicios/tratamientos en nuestra oficina, puede convertirse en asunto de interés publicó.

***Esta póliza está sujeta a cambios sin previo aviso.**

car
ba
PC

Eh sido informado/a sobre mi responsabilidad financiero y estoy de acuerdo con los términos y condiciones en esta forma. Yo entiendo que la póliza de mi aseguranza medica es un arreglo entre la aseguranza y yo mismo/a. En ese caso es MI RESPONSABILIDAD de cuestionar a mi aseguranza sobre atrasos y rechazos de cobertura, procedimientos incorrectos de reclamos por parte de mi compañía de aseguranza, al igual que cualquier requisito que pueda incluir cobertura de mi póliza de aseguranza. (i.e. Pre-Certificaciones, status dentro de la red, co-aseguranzas y deducibles)

Nombre de Paciente (imprima): _____

Persona Responsable (imprima): _____

Paciente (Representante) Firma: _____ Fecha: / /

**RECONOCIMIENTO Y
AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

Yo reconozco que he recibido el Aviso De Practica de Privacidad de DuPage Optical. (Una copia de Practica De Privacidad esta disponible en el mostrador). Yo entiendo que mis datos podran ser compartidos con otros proveedores de servicios de salud que están asociados con mi ayuda medica.

Firma del Paciente (o representante del paciente)

Fecha

Nombre del Paciente (imprime)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Representante del Paciente (imprime)

Si la persona firmando es el representante, describa la relación con el paciente

DuPage Optical tiene mi permiso para dejar informacion sobre mi condicion medica en mi:

Contestador Automatico (_____) _____ - _____

Celular (_____) _____ - _____

Correo de Voz del Trabajo (_____) _____ - _____

DuPage Optical tiene mi permiso para comunicar mi informacion de salud y liberar cualquier material a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono #: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono #: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono #: _____