

AVANCE BENEFICIARIOS NOTIFICACION DE NO COBERTURA (ABN)

Date: _____ Id: _____

Las compañías de seguros vision no paga por todas las partes del examen. Porciones del examen pueden facturarse a su seguro médico. En ese caso, tendrá que pagar al especialista copago y cualquier saldo que no está cubierto por su seguro médico o la cantidad que se destina a cualquier deducible que tenga.

Tienes _____ seguro médico con un deducible de _____ que es CONOCIDO/O NO CUMPLEN. Hoy tendrá un copago de especialista de _____ para la porción del examen médica y enviaremos una factura por cargos aplicados a su deducible o que el seguro no cubre.

Tienes _____ vision seguro con un copago _____.

A continuación son los procedimientos que sean necesarios, sin embargo, podrían no estar cubiertos por su seguro médico:

fondo fotos	color vision prueba	paquimetría
ocular externo fotos	prueba de campo visual	topografía corneal
gonioscopia	exploración OCT	VEP

Lo que necesitas hacer ahora:

- Lea completamente este formulario para que usted pueda tomar una decisión informada acerca de su cuidado.
- Pedir cualquier pregunta que usted puede tener después de terminar la lectura.
- Elija una opción debajo y firmar este formulario.

OPCIONES: Una de las opciones iniciales. No podemos elegir una opción para usted.

_____ **Opción 1.** Quiero que todos los procedimientos necesarios de hecho y usted puede facturar mi seguro médico para los procedimientos que no son parte de los exámenes oculares de rutina. Yo entiendo que si mi seguro médico no paga, yo soy responsable del pago, pero que pueda apelar a mi seguro médico siguiendo las indicaciones en la EOB. Si pago mi seguro médico, se la reembolsará cualquier pago que hice para ti, menos los copagos o deducibles.

_____ **Opción 2.** Quiero todos los procedimientos necesarios de hecho, pero no cuenta mi seguro médico. Usted puede pedir que me paguen ahora como soy responsable del pago. No puedo apelar si mi seguro médico no se facture.

_____ **Opción 3.** Quiero mi examen facturado a mi vision seguro solamente.

_____ yo aceptar el honorario de \$ _____ para las fotos del fondo/fondo externo.

Firma abajo significa que usted ha recibido y entendido este aviso.

firma: _____ fecha: _____

Acuse de recibo

En el curso de proveer servicio a usted, creamos, recibir y almacenar la información de salud que le identifica a usted. A menudo es necesario usar y revelar esta información médica para tratarle, obtener el pago de servicios y para llevar a cabo operaciones de cuidado de la salud nuestra oficina. El aviso de prácticas de privacidad que le han dado describe estos usos y divulgaciones en detalle. Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Sound Vision Care, Inc.

firma: _____

fecha: _____

Firma seguro

Yo certifico que la información dada por mí en solicitador seguros y/o pago de medicare es verdadera y correcta. Yo autorizo a mi médico para actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mi seguro y/o beneficios de medicare, y autorizo el pago de estos beneficios directamente al Sound Vision Care, Inc. en mi nombre por los servicios y materiales amueblados. Autorizo a cualquier soporte de información médica sobre mí para liberar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a servicios relacionados de la CMS y sus agentes. Si tengo otra cobertura de seguro de salud (como de indica en el artículo 9 del formulario CMS-1500 o reclamación presentada electrónicamente), mi firma autoriza la liberación médica a la aseguradora o agencia que se muestra y autoriza a mi médico para actuar como mi agente, como el anterior.

firma: _____

fecha: _____