



OMNI EYE SERVICES

Payment Policy

Patients with insurance coverage that Omni Eye Services participates:

Omni Eye Services participates with most insurance companies, but each plan varies by employer and insured, please know your plan. Co-payments will be due and payable at the time of your office visit. Deductible and/ or other balances that are your responsibility will be billed to you once the amount is determined. If you are a member of an HMO, you are required by your plan to obtain a referral prior to your specialty examination here. *If your plan requires a referral and you have not obtained one, your examination will need to be rescheduled.*

Patients who have insurance that we do not participate with:

As a courtesy, we will bill your insurance for the services rendered. If we do not obtain a payment from your insurance company within 30 days, you will be responsible for immediate payment. Since we do not participate with your insurance, we will not contact your insurance if your claim is not paid.

Patients who are not covered by insurance or who fail to provide accurate insurance information:

We require payment at the time service is rendered. Please contact the physician and/ or the office manager to discuss a payment plan if you can not pay in full at this visit.

Additional fees:

Our fees are for medical services only for which we may have contracted with your insurance carrier. Additional fees for administrative services apply. Such fees may include but are not limited to fees for medical records as allowed by law, fees for non-covered services, and fees for completion of disability forms or other similar paperwork you request we complete.

All unpaid patient balances will be charged 1.5% interest per month beginning 30 days from the date the balance becomes your responsibility.

I authorize the release of information to determine liability for payment and or to obtain reimbursement. I understand that if my account is not paid directly, I am responsible for the full amount and may be charged all costs including attorney fees incurred with collection of the amount due.

I authorize the release of any medical information necessary to process claims and the release of payment to Omni Eye Services or the physician rendering services.

Patient's Signature: _____ **Date:** _____

Insured's Signature: _____ **Date:** _____



OMNI EYE SERVICES

Póliza de Pago

Pacientes con cobertura de seguro que participan con Omni Eye Services:

Omni Eye Services participa con la mayoría de compañías de seguro, pero cada plan varia por empleador y asegurado. Por favor conozca bien su plan de seguro. Los copagos se deben hacer al tiempo de su visita con el doctor. Los deducibles u otras cuentas que sean su responsabilidad serán enviados a usted después de que se determine la cantidad. Si usted es miembro de un plan HMO, es necesario que obtenga un referido antes de su evaluación especializada con nosotros. *Si su plan requiere un referido y usted no lo tiene, puede ser que le posterguemos su cita y le hagamos una nueva.*

Pacientes con cobertura de seguro que no participan con nuestra oficina:

Como una cortesía, le mandaremos un recibo a su seguro por los servicios prestados a usted. Si no obtenemos un pago de su compañía de seguro dentro de 30 días, será su responsabilidad pagar la cuenta. Como no participamos con su seguro, no nos ponemos en comunicación con ellos si no pagan su reclamo.

Pacientes que no tienen seguro:

Debe pagar en el momento que sean prestados los servicios. Por favor comuníquese con el doctor o el supervisor de la oficina para hablar sobre un plan de pago.

Tarifas Adicionales:

Nuestras tarifas son solo para servicios medicos por los cuales tenemos un contrato de su seguro. Tarifas adicionales por servicios administrativos pueden aplicar. Otras tarifas puedes incluir pero no son limitadas a tarifas por documentos médicos como lo permite la ley, tarifas por servicios que no están cubiertos, y tarifas por llenar formularios de discapacidad u otros papeles similares que usted nos pida que llenemos.

Todas las cuentas sin pagar están sujetas a un interés de 1.5% por mes empezando 30 días empezando 30 días después de la fecha en que la cuenta se convierte en su responsabilidad.

Autorizo que den a conocer mi información para determinar responsabilidad de pago y/o para obtener reembolso. Entiendo que si no se paga mi cuenta, soy responsable por la cantidad en total y puede ser que me cobren honorarios de abogados para poder cobrar la cuenta que se debe.

Autorizo que den a conocer la información médica que sea necesaria para procesar reclamos y poder pagar a Omni Eye Services o al doctor prestando los servicios.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del asegurado: _____ **Fecha:** _____