

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS:**

Paciente solicita a la inscripción en el Center for Corrective Eye Surgery, LLC y voluntariamente consiente en cualquiera de los servicios de las instalaciones que se consideren necesarias o convenientes según lo determine y adecuado, el médico de cabecera o su / sus ayudantes / designados, o empleados o agentes del Centro para correctiva del ojo Cirugía, LLC con privilegios clínicos apropiados. El paciente reconoce que no se han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en el Centro de Cirugía correctiva del ojo, LLC.

### **GARANTÍA DE PAGO:**

Por y en consideración a los servicios prestados por el Center for Corrective Eye Surgery, LLC paciente (persona responsable) hereby acuerda y garantiza el pago de todos los gastos incurridos para la cuenta del paciente.

### **PERMITIR AL DIVULGACION DE INFORMACION:**

El abajo firmante autoriza al Center For Corrective Eye Surgery, LLC para liberar a grupos de empleadores, compañías de seguros, agencias gubernamentales u otros terceros pagadores y sus agentes información sobre el diagnóstico y los procedimientos realizados, atención médica, asesoramiento, tratamiento, suministro u otro información que pueda ser necesaria a efectos de atribución elegibilidad y beneficios disponibles y la obtención de pagos en nombre del paciente para los servicios de salud prestados al paciente. Paciente (parte responsable) reconoce que él o ella va a ser financieramente responsable de los gastos incurridos en el tratamiento del paciente en caso de revocación o la negativa a autorizar la divulgación de los registros de los resultados médicos en la denegación del pago de la reclamación de seguro.

### **MEDICARE PACIENTES:**

Paciente certifica que la información contenida en la solicitud de pago bajo el Título XVIII (2B) de la Ley de Seguridad Social es correcta. paciente solicita que el pago de beneficios autorizados en su / su nombre. Los pacientes de Medicare con secundaria: Petición del paciente de que el pago de beneficios Medigap autorizados se hagan por los servicios prestados por el Center For Corrective Eye Surgery, LLC.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:**

Paciente (persona responsable) irrevocablemente cede y transfiere al centro de cirugía correctiva del ojo, LLC todos los derechos, títulos e intereses a los beneficios de reembolso médico bajo cualquier y todas las pólizas de seguros médicos aplicables a la paciente, para el pago de hospital, y la atención médica que se está previsto. Paciente (parte responsable) autoriza el pago directamente al Center for Corrective Eye Surgery, LLC de dichos beneficios de reembolso médico.

### **ACUERDO DE PAGAR BALANCE:**

En el caso de que dicha cobertura de seguro médico no es suficiente para satisfacer la carga en su totalidad, el paciente (parte responsable) reconoce que el saldo resultante no está cubierto por esta asignación y acepta ser completamente responsable del pago de cualquier saldo adeudado. Para cualquier vehículo que no tiene contrato de seguro, el Centro for Corrective Eye Surgery, LLC presentará una demanda de cortesía y si no se recibe el pago de sesenta (60) días, el equilibrio se convertirá en la responsabilidad del paciente. Paciente (parte responsable) reconoce la responsabilidad de todos los gastos incurridos por el Centro de Cirugía correctiva del ojo, LLC para la recogida de cualquiera de los cargos incurridos en la cuenta del paciente.

En el caso de los cargos no son pagados, debido a la autorización o pre-certificación negaciones, el paciente reconoce la carga se considera un servicio no cubierto y acepta ser plenamente responsable del pago de cualquier saldo adeudado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (impresión)

\_\_\_\_\_  
Firma de garante,

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha