



**HILLSBORO
EYE CLINIC, P.C.**

HillsboroEyeClinic.com | 503-640-3708

Timothy Gard, M.D.
Garrett Scott, M.D.
Bryan Lewis, O.D.

Paul Finley, M.D.
Ross Passo, M.D.
Shauntel Steele, O.D.

Chad Goins, M.D.
Shelley Jelineo, M.D.
Prajka Ingle, O.D.

512 East Main St., Hillsboro, OR 97123

10690 NE Cornell Rd, Suite 112, Hillsboro, OR 97124

7305 SE Circuit Dr., Suite 132 Hillsboro, OR 97129

LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE DE PAGOS

Como cortesía y servicio a nuestros pacientes, Hillsboro Eye Clinic, PC, presentará cargos por tratamiento médico a su compañía de seguros. Sin embargo, el paciente (o suscriptor) es responsable de pagar cualquier y todos los gastos médicos incurridos en la clínica. Si usted tiene una pregunta sobre un reclamo o cobertura, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros.

Si usted participa en un HMO o PPO que requiere co-pago, debe pagar el co-pago en el momento de la cita. Si su seguro requiere que usted tenga una referencia, es su responsabilidad solicitar la remisión, de su médico primario.

Si usted está involucrado en un accidente de vehículo de motor o de responsabilidad civil, usted es responsable de pagar todos los gastos médicos, incluso si hay una demanda pendiente.

Entiendo Medicare no cubrirá la cuota de refracción hecho hoy por el médico de Hillsboro Eye Clinic, PC.

ACUERDO CONTRACTUAL DE TODOS LOS GASTOS MÉDICOS

Yo entiendo que soy personalmente responsable de todos los gastos médicos incurridos aquí en Hillsboro Eye Clinic, PC, que no están cubiertos por mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos médicos dentro de los 30 días de la fecha que estoy facturado por esos gastos, a menos que otros arreglos se han hecho con Hillsboro Eye Clinic, PC. Entiendo que las cuentas de mas de 90 días son considerados delincuentes y pueden ser entregados a una agencia de colección exterior. Si es así, yo soy responsable de todos los gastos de cobranza.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo la liberación de toda mi información médica a mi compañía de seguros y mi médico personal. Yo autorizo el pago de todas las prestaciones médicas por mi compañía de seguros para Hillsboro Eye Clinic, PC.

Firma del Paciente
(padre o tutor si el paciente es menor de edad)

La fecha