

FLORIDA RETINA & VITREOUS CENTER, P.A.

ROBERT J. KRAUT, M.D.

BALDWIN PARK

4624 Halder Ln.
Orlando, FL 32814-6435
Ph(407)897-7470 Fax(407)897-7473

OCOE

1177 Blackwood Ave.
Ocoee, FL 34761-4518
Ph(407)654-8000 Fax(407)654-8002

POLITICA FINANCIERA

SEGURO MEDICO/MEDICARE

Si usted tiene seguro médico nosotros procesaremos su reclamo (excepto aquellos con direcciones fuera de Los Estados Unidos) pero nosotros pedimos que usted pague cualquier deducible que no haya sido pagado y/o su copago al mismo tiempo del servicio.

Si su plan medico require un referido o un número de autorización y usted ó su doctor que fue referido falla en obtenerlo, usted sera responsable por todos los cargos de los servicios proveídos.

Cuando un seguro commercial no responde en 60 días, pago por servicios llegará a ser la responsabilidad de el paciente.

COMPENSACION DEL TRABAJADOR

Si usted tiene un reclamo/accidente cubierto por la Compensación del Trabajador, se require que usted complete una hoja de información del trabajador.

PAGO PRIVADO

Como un paciente de pago privado su pago es esperado el día de servicio. Por favor pregunte ver el consejero financiero si arreglos anteriores necesitan ser hechos.

A TODOS LOS PACIENTES

Nuevos pacientes serán requeridos a presentar sus tarjeta(s) de seguro, y licencia de conducir al tiempo de la visita inicial y periódicamente en citas de seguimiento. Nosotros las escanearemos y las retornaremos a usted. Por favor tenga su tarjeta de seguro disponible y presentela en cada visita.

La responsabilidad del paciente será satisfecha más comunmente en la siguiente manera:

_____ Efectivo _____ Cheque/ Money Order _____ MasterCard/ Visa

Habrà una carga de \$15 por cheques sin fondos más cualquier carga adicional de su banco

Firma del Paciente

Fecha