

**Formulario de responsabilidad financiera**

Nombre del Usuario (escribir): \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Descargo de responsabilidad del seguro médico:**

"Un presupuesto de prestaciones y/o una autorización no garantizan el pago ni verifican la elegibilidad. El pago de las prestaciones está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del afiliado en el momento del servicio".

**Responsabilidad de pago del seguro de salud:**

Su compañía de seguros médicos determinará los servicios cubiertos y el importe en función de las prestaciones de su plan. Eyegaze Inc. se pondrá en contacto con su empresa de seguros para solicitar esta información y le proporcionará la mejor estimación de los gastos de su bolsillo con base a la información proporcionada. (Por favor consulte el Aviso de Exención de Responsabilidad del Seguro Médico anterior). Eyegaze Inc. no recibe ninguna garantía o compromiso de pago por parte de la compañía aseguradora. Nuestro dispositivo se considera equipo médico duradero. Por favor póngase en contacto con su empresa de seguros para averiguar sus niveles de beneficios, exclusiones y/o limitaciones del plan. Animamos a los clientes a conocer los beneficios de su plan.

**Acuerdo de Beneficiario:**

Los beneficios exactos del seguro a menudo no se pueden determinar. Hasta la recepción y tramitación de la reclamación, los importes y porcentajes exactos de pago son meramente estimaciones. La decisión de seguir adelante con la compra del dispositivo de Eyegaze Inc. NO está condicionada a recibir el pago del seguro. Como cortesía a nuestros pacientes, trabajamos con las compañías de seguros, en nombre de nuestros clientes, para recoger los beneficios disponibles y el pago máximo al comprar un Eyegaze Edge. En algunos casos, no hay suficiente información proporcionada por la empresa de seguros para determinar un gasto exacto de bolsillo, y el cliente puede solicitar el pago en su totalidad antes de la entrega, en esta situación, Eyegaze Inc. presentará la reclamación para su procesamiento y el pago directo a usted. Se pondrá la misma dedicación y esfuerzo para cobrar todas las prestaciones disponibles y el máximo pago.

Entiendo que mi empresa de seguro médico puede negar el pago por el servicio. También entiendo que si mi compañía de seguros de salud hace el pago de los servicios, seré responsable de cualquier copago, deducible, coseguro y el saldo restante después de dicho pago aplicable. Acepto ser personal y totalmente responsable de cualquier saldo adeudado por la compra de Eyegaze Edge. Es mi responsabilidad notificar a Eyegaze Inc. cualquier cambio en mi cobertura de atención médica.

Al firmar este documento, acepto la responsabilidad financiera tal como se explicó anteriormente para todos los pagos por los productos recibidos. Solicito que el pago de las prestaciones del seguro autorizadas se realice en mi nombre a Eyegaze Inc. que figura a continuación.

Eyegaze Inc.  
10363 Democracy Lane  
Fairfax, Virginia 22030

Nombre impreso del asegurado o padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del asegurado o padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Para preguntas relacionadas con la financiación para Eyegaze Edge, por favor llámenos al 703-385-8800.