



817 E 66th Street, Richfield, MN 55423
Tel: (612) 488-1566 | Fax: (612) 488-1564
Correo Electrónico: billing@swoopeye.com

Acuerdo de Seguro de Automovil para Pacientes

Se le ha programado una cita con un neurooptometrista para una evaluación neuro-optométrica en Swoop Eye Care. Su neuro-optometrista evaluará sus habilidades visuales y evaluará su salud ocular, en relación con su accidente automovilístico. Completar este formulario no garantiza la cobertura de su seguro de automóvil. Su seguro de automóvil evaluará el reclamo y determinará la cobertura en función de su cobertura de protección contra lesiones personales (PIP). Su(s) visita(s) al consultorio/anteojos se facturarán a su aseguradora de automóviles por los cargos habituales. **Si se agota el PIP, la factura se enviará a su compañía de seguros médicos con las tarifas aplicables según su póliza de seguro.** El pago vence a más tardar 30 días después de recibir la primera factura médica. Recibirá una factura por mensaje de texto o correo electrónico.

Con el fin de presentar reclamos de manera adecuada y oportuna en su nombre, necesitamos información importante como: *un número de autorización de reclamo, información de contacto de su agente de seguros/compañía de seguros y otra información importante a continuación.*

Si ha obtenido asesoría legal (abogado), proporcione su información de contacto (dirección, # de teléfono, # de fax) para que nuestra oficina comercial proporcione la documentación según sea necesario

Nombre Completo:		
Fecha de Nacimiento:	Genero: Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	
NSS:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Telefono:	Telefono Movil:	

Seguro de Automóviles e Información de Abogados

Aseguranza:	Nombre Completo del Ajustador:	
Telefono:	Fax:	Correo Electrónico:
Dirección:		
Cuidad:	Estado:	CP:
Poliza/Reclamación #:	Fecha del Accidente:	
Nombre de los Abogados:	Nombre Completo del Abogado:	
Dirección de los Abogados:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Telefono:	Fax:	Email:
Formulario Completado por: (Nombre y Apellido):		
Firma del Paciente:		
Fecha:		

=====Swoop Eye Care Facturación=====

Fecha del Accidente:		
<input type="checkbox"/> Paciente Incapaz de Trabajar:	Fechas que No Puede Trabajar:	
<i>Fecha disponible para volver a Trabajar:</i>		
<input type="checkbox"/> El Paciente Puede Trabajar en un Horario "LIMITADO":		
Numero de Horas por Semana:		
Fecha de la Visita Inicial (No la fecha del Accidente):		
Diagnóstico:		
<input type="checkbox"/> Fecha de la Factura de la Aseguradora de Automoviles	<input type="checkbox"/> PIP exhausto	<input type="checkbox"/> Fecha de la Factura de la Aseguradora Médica