

### RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, el paciente abajo firmante, padre o tutor de un paciente, autorizó el pago de beneficios médicos a Ocular Prosthetics, Inc. por cualquier servicio que me brinden. Entiendo que soy responsable de conocer y comprender mi póliza de seguro, incluidos los beneficios, copagos, deducibles, coseguros, proveedores cubiertos, especialmente los servicios relacionados con prótesis. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cobro que no cubre mi seguro médico. También le autorizó a divulgar a mi seguro médico o sus agentes, información relacionada con la atención médica, el asesoramiento o el tratamiento que me hayan proporcionado. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar los beneficios de las reclamaciones.



\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

### AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Ocular Prosthetics, Inc. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica.



\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

### GARANTÍA DE OJOS ARTIFICIALES

Los ojos artificiales fabricados y vendidos por Ocular Prosthetics, Inc. de Los Angeles, CA tienen una garantía de 90 días contra defectos en los materiales o componentes de la prótesis. Reparamos o reemplazamos, a nuestra discreción, sin cargo, las prótesis cubiertas por esta garantía.

Esta garantía no cubre la pérdida de la prótesis, no cubre daños a la prótesis como resultado de abuso, mal uso o cualquier otro uso no destinado a su propósito como prótesis ocular. Esta garantía no cubre la prótesis debido a cambios dentro de la anatomía de la cuenca del ojo o el área circundante de la órbita.

Ocular Prosthetics, Inc. notificará a todos los beneficiarios de Medicare sobre la cobertura de la garantía y cumplirá con todas las garantías según la ley aplicable. Se proporciona información sobre la garantía a los beneficiarios de las prótesis fabricadas en nuestra oficina.



\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha