



ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA

Ophthalmology Associates cree que parte de una buena práctica de atención médica es establecer y comunicar una oficina y una política financiera a nuestros pacientes. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible queremos que comprenda completamente nuestras políticas.

- 1. Se espera que el PAGO se realice en el momento de su visita. Si tiene un deducible que no se cumple, es posible que deba pagar un depósito de \$ 125.00 al momento del check-in.** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y Care Credit en procedimientos seleccionados. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coseguro, monto de copago, cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Si no tiene seguro, o si su cobertura está actualmente bajo una cláusula de condición preexistente, se espera el pago total en el momento de su visita. Se espera que todos los servicios no presentados se paguen en el momento de la notificación. **Para los pacientes con seguro, los pagos cobrados son una estimación basada en los beneficios que nos proporciona su compañía de seguros. Una vez que se hayan procesado las reclamaciones, si hay saldo restante, recibirá una factura por correo.**
- 2. SEGURO:** Somos proveedores participantes en la mayoría de los planes de seguro. Presentaremos todas las reclamaciones de estos planes. **Recuerde que el seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros y, en última instancia, el paciente es responsable del pago total. Como cortesía a nuestros pacientes, verificaremos su cobertura de seguro, sin embargo, nuestra verificación no es una garantía de los beneficios pagaderos por su seguro. Si tiene un plan de atención administrada que requiere una remisión para ver a un especialista, debe obtener una remisión para que su visita a nuestra oficina esté cubierta por su seguro médico.** Si no tiene la referencia válida y aún desea ser atendido, se le pedirá que pague por la visita antes de sus servicios. Para facturar a su seguro y cumplir con las pautas de presentación, le pedimos una copia de su tarjeta de seguro y una identificación con foto.
Si nuestros proveedores no figuran en la red de su plan, usted puede ser responsable de un pago parcial o total.
- 3. POLÍTICA DE SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Esta oficina ofrece acceso a muchos servicios y procedimientos innovadores, algunos de ellos se consideran "no cubiertos" por el seguro. En algunos casos, se le entregará un ABN (Aviso Anticipado al Beneficiario) para este tipo de servicios/procedimientos antes de que se proporcionen/realicen. Usted será responsable del pago total en el momento del servicio.
 - a. Refracciones : un examen refractivo no es un servicio cubierto por la mayoría de las compañías de seguros, incluido Medicare. Si recibe una refracción, se le cobrará \$ 55.00 que se paga en el momento de la visita.**
 - b. Adaptación de lentes de contacto:** para recibir una prescripción de lentes de contacto, se debe realizar una adaptación de lentes de contacto. Habrá un cargo separado por el ajuste que puede o no estar cubierto por el seguro. En función de sus beneficios, se le pedirá que pague la adaptación en su totalidad antes de recibir su receta de lentes de contacto.
- 4. Los CHEQUES DEVUELTOS** incurrirán en un cargo por servicio de \$50.00.
- 5. POLÍTICA DE NO PRESENTARSE:** Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Le solicitamos que si debe cancelar su cita, proporcione un aviso de 24 horas. Los pacientes que no se presenten ni avisen con más de 24 horas de anticipación se consideran NO PRESENTADOS y se les cobrará una tarifa de no presentación de \$ 50.00. Esta tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse antes de su próxima visita. **Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser despedidos de la práctica.**
- 6. TARIFAS DE LOS FORMULARIOS:**
 - a. Copias de registros médicos :** las solicitudes de copias de registros médicos realizadas por el paciente para su uso personal, para una compañía de seguros, un abogado, etc., incurrirán en una tarifa de copia, según lo indica el estatuto estatal y son las siguientes, después de completar un formulario de divulgación de registros médicos:
\$25.00 por las primeras 20 páginas \$.15 por página para páginas adicionales de más de 20
\$25.00 por registros de facturación
No hay ningún cargo por los registros que se entregan a otro médico.

b. **Completar formularios:** los formularios se pueden dejar y llamaremos cuando estén listos para ser recogidos, o los enviaremos a la persona designada correspondiente. Las tarifas para completar el formulario son las siguientes:

\$15.00 por Declaración Jurada \$18.00 para formularios de Gobierno/Discapacidad

7. **RESPONSABILIDAD DE PAGO:** Entiendo que yo, personalmente, soy financieramente responsable ante Ophthalmology Associates por los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios de seguro y todos los cargos no cubiertos.
8. **AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Por la presente autorizo a Ophthalmology Associates a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos y por la presente asigno a Ophthalmology Associates todos los pagos que de otro modo me corresponderían por los servicios de Ophthalmology Associates.
9. **CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIONES:** Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento médico para mí y/o mis dependientes.
10. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo y ordeno a Ophthalmology Associates a divulgar (verbalmente o por escrito) información médica confidencial a cualquier persona, entidad, agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables ante Ophthalmology Associates por cargos por tratamiento médico y para la gestión de la calidad, revisión de la utilización, transferencia de atención médica y fines de seguimiento. Entiendo que una copia de este documento puede ser utilizada con la misma efectividad que un original.
11. **PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA Y QUE ESTÁN ASEGURADOS:**

Los pacientes que pagan por cuenta propia se identificarán cuando hagan el contacto inicial con el consultorio y se definirán como un paciente que

 - no tiene cobertura de seguro médico de ningún tipo, incluidos los programas de atención médica federales y estatales, como Medicare y Medicaid, u otra cobertura de seguro, como el seguro proporcionado por una escuela o AFLAC.
 - no reclama responsabilidad de terceros por el tratamiento de atención médica del paciente
 - no es elegible para la cobertura de compensación para trabajadores; y
 - no tiene otra parte responsable que cubra los gastos asociados con la atención recibida de nuestras clínicas

Los pacientes que paguen por su cuenta deberán pagar un depósito de \$ 125.00 por su visita en el momento del registro. Cualquier cargo adicional incurrido se cobrará al finalizar la compra. Todos los cargos deben pagarse en la fecha del servicio.
12. **TARIFAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA:** Ophthalmology Associates presentará un reclamo para el pago a su compañía de seguros. En caso de que su compañía de seguros niegue los servicios prestados, usted será responsable del pago total. Agradecemos el pago puntual en su totalidad de cualquier saldo pendiente. **Si su cuenta es entregada a nuestra agencia de cobranza, usted acepta pagar una tarifa adicional de \$55.00 para cubrir las tarifas impuestas a Ophthalmology Associates por la agencia de cobranza para cobrar el saldo pendiente.**
13. **PADRES DIVORCIADOS DE PACIENTES:** Al firmar a continuación, el adulto que registra a un niño menor de edad en nuestra práctica el día del servicio acepta la responsabilidad total del pago. No es nuestra política enviar facturas o registros al otro padre/tutor para la emisión de pagos o comunicaciones. Nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago con el padre presente en el momento de la visita. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y los problemas de pago. **He leído y entiendo las políticas financieras y de la oficina de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos siempre que sea un paciente aquí en Ophthalmology Associates.**

También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica en cualquier momento.

Firma del Paciente/Garante, si corresponde Fecha

Descargo de responsabilidad: Ophthalmology Associates no considera que una persona que busca tratamiento sea un paciente hasta que se complete una evaluación preliminar y se le haya notificado que ha sido aceptado como paciente; El simple hecho de hacer una cita no inicia automáticamente la relación médico-paciente.