



## ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO DE LAS PÓLIZA DE LA OFICINA

Ophthalmology Associates cree que parte de la buena práctica del cuidado de la salud es establecer y comunicar una oficina y una póliza financiera a nuestros pacientes. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda totalmente nuestras pólizas.

1. **PAGO** se espera al momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover y Care Credit en procedimientos seleccionados. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coaseguro, monto de copago, cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Si no tiene seguro, o si su cobertura se encuentra 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 del servicio.
2. **SEGURO:** Somos proveedores participantes con la mayoría de los planes de seguro. Archivaremos todas las reclamaciones para 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 completo. 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 referencia para ver a un especialista, debe obtener una referencia para que su visita en nuestra oficina esté cubierta por su seguro médico.** Si no cuenta con la referencia válida y aún desea ser visto, se le pedirá que pague la visita antes de sus servicios. **Para facturar a su seguro y cumplir con las pautas de presentación, le solicitamos una copia de su tarjeta de seguro y una identificación con foto.**  
Si nuestros proveedores no están incluidos en la red de su plan, usted puede ser responsable del pago total o parcial.
3. **PÓLIZA SOBRE SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Esta oficina ofrece acceso a muchos servicios y procedimientos innovadores, algunos de los cuales se consideran "no cubiertos" por el seguro. Se le otorgará un ABN (Aviso de Beneficiario Avanzado) para estos tipos de servicios / procedimientos antes de que se presten / realicen y usted será responsable del pago completo en el momento del servicio.
  - a. **Un examen refractivo no es un servicio cubierto por la mayoría de las compañías de seguros, incluido Medicare. Si recibes una refracción, se te cobrará \$ 49.00 que se paga al momento de la visita.**
  - b. **Accesorio para lentes de contacto** – para recibir una prescripción de lentes de contacto, se debe realizar un ajuste de lente de contacto. Habrá un cargo por separado para el montaje que puede o no estar cubierto por el seguro. Basándose en sus beneficios, se le requerirá que pague por su ajuste en su totalidad antes de recibir su prescripción de lentes de contacto.
4. **CHEQUES DEVUELTOS** incurrirá en un cargo por servicio de \$ 50.00.
5. **TARIFAS DE 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 copiado, según lo dispuesto por el estatuto estatal y son los siguientes, una vez completado un lanzamiento de formulario de registros médicos:  
**\$ 25.00 por las primeras 20 páginas**  
**\$.15 por página para páginas adicionales de más de 20**  
**\$ 25.00 para los registros de facturación**  
**No se cobra ningún cargo por la divulgación de registros a otro médico.**
  - b. **Completar formularios** – Se pueden dejar formularios y los llamaremos cuando estén listos para ser recogidos, o los enviaremos a la persona designada. Los honorarios por completar el formulario son los siguientes:  
**\$ 15.00 por declaración jurada**  
**\$ 8.00 para películas / fotos**  
**\$ 18.00 para formas de Gobierno / Discapacidad**
6. **RESPONSABILIDAD POR EL PAGO:** entiendo que personalmente soy responsable financieramente ante Ophthalmology Associates por los cargos no cubiertos por la asignación de los beneficios del seguro y todos los cargos no cubiertos.

- 7. AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** autorizo a Ophthalmology Associates a proporcionar información a las aseguradoras con respecto a mi enfermedad y tratamientos, y asigno a Ophthalmology Associates todos los pagos que de otra manera se me pagarían por los servicios de Ophthalmology Associates.
- 8. CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN:** Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento médico para mí y / o mis dependientes.
- 9. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo y ordeno a Ophthalmology Associates que divulgue (verbalmente o por escrito) información médica confidencial a cualquier persona, entidad, agencias gubernamentales, aseguradoras u otras personas que sean financieramente responsables ante Ophthalmology Associates por los cargos de tratamiento médico. y para la gestión de la calidad, la revisión de la utilización, la transferencia de atención médica y los fines de seguimiento. Entiendo que se puede usar una copia de este documento con la misma efectividad que un original.
- 10. PACIENTES CON PAGO INDEPENDIENTE QUE ESTÁN ASEGURADOS:**  
Los pacientes con autopago serán identificados cuando hagan el contacto inicial con la oficina y se definirán como un paciente que
- no tiene cobertura de seguro de salud 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 laboral; y
  - no tiene otra parte responsable que cubra los gastos asociados con la atención recibida de nuestras clínicas
- Se requerirá que los pacientes que paguen a sí mismos paguen un depósito de \$ 125.00 por su visita al momento del presentarse a su visita. Cualquier cargo adicional incurrido se cobrará a la salida. Todos los cargos vencen en la fecha del servicio.
- 11. HONORARIOS DE CIRUGÍA:** Esta oficina, en caso de que se programe una cirugía, espera que los honorarios del médico por la cirugía se realicen ANTES de la fecha de la cirugía. Estas tarifas incluyen su copago, deducible y coseguros basados en sus beneficios médicos y también pueden incluir tarifas por actualizaciones de lentes premium no cubiertas. También entiendo que los honorarios recaudados en Ophthalmology Associates son solo para los servicios del médico y no están relacionados con ninguna tarifa de instalación / anestesia en la que incurrirá el centro de cirugía y el médico de anestesia.
- 12. HONORARIOS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA:** Ophthalmology Associates presentará un reclamo de pago a su compañía de seguros. En caso de que su compañía / compañía de seguros niegue los servicios prestados, usted será responsable del pago completo. Agradecemos el pago puntual completo por cualquier saldo pendiente. **Si su cuenta se entrega a nuestra agencia de cobro, usted acepta pagar una tarifa adicional de \$ 50.00 para cubrir los honorarios impuestos a Ophthalmology Associates por la agencia de cobro a fin de cobrar el saldo pendiente.**
- 13. PADRES DIVORCIADOS DE PACIENTES:** Al firmar a continuación, el adulto que inscribe a un menor de edad en nuestra consulta el día del servicio acepta la total responsabilidad del pago. No es nuestra póliza enviar facturas o registros al otro padre / tutor por cuestiones de pago o comunicación. 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 ellos sobre el tratamiento y los problemas de pago.
- 14. PÓLIZA DE NO MOSTRAR:** Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que, si debe cancelar su cita, proporcione un aviso de más de 24 horas. Los pacientes que no se presenten ni notifiquen con más de 24 horas de anticipación se consideran NO SHOW (no mostrar). **Los pacientes que no se presentan dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser despedidos de la práctica.**

**He leído y entiendo la oficina de la práctica y las pólizas financieras, y acepto cumplir con sus términos.**

**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 un individuo que solicita tratamiento sea paciente hasta que se complete una evaluación preliminar y se haya notificado al individuo que ha sido aceptado como paciente; simplemente hacer una cita no inicia automáticamente la relación médico-paciente.**