

## **Visionary Eye Doctors Acuerdo del Paciente, Oficina & Políticas Financieras**

Gracias por elegir Visionary Eye Doctors. Nos comprometemos a brindarle la mejor atención ocular posible. Para lograr esto, necesitamos su ayuda comprendiendo la política de nuestra práctica.

### **1. Cancelaciones y tardanzas:**

Si debe cancelar su cita, le pedimos que nos notifique dentro de las 48 horas de su cita, de esta manera podemos ofrecer ese tiempo a otro paciente. Si no nos notifica con al menos 24 horas de anticipación, puede resultar en un cargo de \$ 35.00 por faltar a su cita. El cargo por citas omitidas está sujetas a ser pagadas antes **de poder reprogramar una nueva cita**, y dicho cargo no se puede presentar al seguro.

Si llega más de 30 minutos tarde a su cita, haremos todo el esfuerzo posible para atenderlo; sin embargo, es posible que no nos quede otra opción y tendremos que reprogramar su cita. Gracias por su comprensión.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### **2. Seguro y responsabilidad del paciente por la factura**

Visionary Eye Doctors contrata o acepta la mayoría de los planes de seguro. Si bien nos esforzamos por educar a nuestros pacientes sobre sus beneficios de seguro, **ES LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE estar al tanto de los beneficios de su seguro, incluyendo deducibles, copagos por visitas al consultorio y los referidos requeridos por su seguro.**

Todos los pacientes son financieramente responsables de pagar con tiempo oportuno por todos los cargos incurridos. Para aquellos pacientes con seguros aceptados por nuestros médicos, Visionary Eye Doctors, primero enviará la factura a la compañía de seguros del paciente para colectar el pago. Todos los servicios no cubiertos por su seguro serán su responsabilidad y se le facturarán de acuerdo a las especificaciones del seguro.

**El pago se debe realizar al momento de su visita**, esto aplica al monto de copago, deducible o co-seguro. El deducible es el monto que usted debe pagar DE SU BOLSILLO por los servicios de atención médica cubiertos ANTES de que su plan de seguro comience a pagar. **A menos que usted haya hecho con anterioridad un plan de pago con nuestro departamento de facturación, requerimos que los pacientes paguen su copago, deducible y todos los gastos de su bolsillo ANTES de abandonar la oficina.**

Al momento de registrarse, todos y cada uno de los saldos pendientes deben ser pagados. Si tiene un plan de pago este debe estar al día, caso contrario su cita será reprogramada y se le cobrará un **cargo por cancelación de \$ 35.**

Si no cancela los saldos pendientes en un plazo de 90 días, la oficina se reserva el derecho de enviar su cuenta a una agencia de cobranzas de nuestra elección y esto puede implicar cargos adicionales a su cuenta.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### **3. Referidos**

**Los referidos deben presentarse al momento del registro antes de proceder con la visita.** Es responsabilidad de los pacientes asegurarse de tener un referido válido para su visita, saber cuántas visitas se permiten y la fecha de vencimiento. No podemos facturar a su seguro sin un referido válido o caducado. Si este es el caso, es posible que se le solicite que vuelva a programar su cita. **Si Ud. elige que lo vean sin un referido, el pago de los servicios prestados en su visita se debe realizar el mismo día.**

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

#### 4. Servicios no cubiertos y Recaudación al momento del Servicio

El pago por los servicios no cubiertos por seguros, tales como refracciones o accesorios para lentes de contacto, se debe realizar en el momento en que se prestan dichos servicios. Para su conveniencia, aceptamos, efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Cualquier saldo pendiente debe ser cancelado al momento de la visita. Si tiene alguna pregunta sobre su saldo, nuestra Oficina de Negocios estará encantada de ayudarle.

Si sospechamos que un servicio puede no estar cubierto por su compañía de seguros, por ejemplo, muchos procedimientos de ojos secos son vistos como experimentales y, por lo tanto, no están cubiertos por la mayoría de los planes de seguro. En dichos casos, le pediremos con anticipación que firme un formulario reconociendo que usted fue informado que hay la posibilidad de que el servicio no esté cubierto, y por lo tanto usted aceptará responsabilidad financiera. Esto se aplica a todos los servicios que su médico en su plan de tratamiento considere necesarios, pero que su compañía de seguros puede considerar de naturaleza experimental y / o cosmética.

**Tenga en cuenta: El pago de todas las cirugías de cataratas, cirugía refractiva (LASIK, PRK) y la mayoría de los procedimientos electivos deben ser pagados 2 semanas antes de que se presten los servicios. Si usted cancela cualquier procedimiento quirúrgico dentro de una semana de la cirugía, se le aplicará una tarifa de cancelación según la proximidad a la fecha de la cirugía**

Patient Initials \_\_\_\_\_

#### 5. Refracción y Quota Adicional

La refracción es parte de su examen ocular durante el cual el médico o técnico le ofrece una serie de opciones de lentes para elegir hasta que alcance la mejor corrección visual. Esto es para evaluar la salud general de sus ojos y ayuda al médico a determinar si su visión ha cambiado. De acuerdo a lo medido por la tabla ocular, si su visión esta borrosa o la agudeza visual han disminuido; una refracción ayudará a determinar si la dificultad es el resultado de un problema médico, necesidad de actualizar su receta de anteojos, o una nueva receta para lentes de contacto.

Medicare y otros tipos de seguro no consideran una refracción como parte de un examen completo ocular. **De acuerdo con una política establecida desde el año 2007, Medicare no pagará por este servicio, pero requiere que los oculistas lo cobren por separado.** Muchas compañías de seguros privadas adoptan las políticas de Medicare, **su cobertura secundaria no cubrirá una refracción si Medicare no lo hace.** Si hoy día como parte de su examen ocular es necesario que se le haga una refracción, se la realizaremos y al momento de la salida se le **cobrará una tarifa de \$ 67.00.**

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

#### 6. Seguro de Visión vs. Seguro Medico

Cuando programa una cita con Visionary Eye Doctors, generalmente usted viene por una de estas dos razones: su visita de rutina anual, o porque tiene un problema médico de la vista. Al momento de hacer su cita, déjenos saber cuál es su preocupación principal para que podamos ayudarlo a maximizar sus beneficios y obtener la información de seguro correcta.

**Tenga en cuenta que todos los copagos, deducibles y gastos de coseguro se deben pagar al momento de su visita.**

##### a. Planes de Vision

Los planes de la vista son para visitas de rutina en las cuales no presenta problemas o diagnósticos médicos, Participamos con los siguientes planes de visión: VSP, EyeMed, Davis Vision, March Vision, Avesis, Superior Vision y National Vision Administrators (NVA). **ANTES de su examen por favor Infórmenos si tiene un plan de visión.**

La mayoría de los planes de seguro de la vista, incluyen los siguientes beneficios, estos pueden ser anuales o cada dos años.

- Exámenes anuales de la vista: Es posible que el seguro **no cubra por Dilatación** como parte del examen, aunque el médico lo requiera
- Marcos para anteojos: Se pueden comprar con descuento dependiendo de los beneficios del plan
- Lentes para anteojos: Se pueden comprar con descuento dependiendo de los beneficios del plan
- Lentes de contacto: Se pueden comprar con descuento dependiendo de los beneficios del plan

Muchos planes de visión **no cubren** las evaluaciones anuales de lentes de contacto o los ajustes de lentes de contacto para quienes lo usan por primera vez y tampoco para usuarios establecidos que necesitan cambiar a una nueva marca.

**b. Planes de Seguro Medico**

El seguro médico se usa si usted tiene una enfermedad ocular o una afección médica que cause problemas en los ojos. Algunas condiciones comunes por las cuales podemos facturar a su seguro médico incluyen:

- Enrojecimiento
- Flashes & flotadores
- Alergias y picazón
- Sequedad
- Infecciones
- Supervisión del desarrollo de cataratas
- Examen diabético de los ojos
- Examen de pacientes que usan medicamentos con posibles efectos secundarios en los ojos, como medicamentos con esteroides, medicamentos para la artritis, etc.
- Pacientes con alto riesgo de desarrollar glaucoma
- Pacientes con degeneración macular

Desafortunadamente, debido a las políticas de las compañías de seguros, no puede utilizar su seguro médico y de visión, para un examen conjunto en el mismo día. La única excepción es para los pacientes que tienen VSP como seguro de visión.

A continuación, se presentan dos posibles alternativas:

1. Podemos programar sus exámenes **médicos y de visión en días separados**. Si regresa en un día separado, es posible que se repitan partes del examen anterior debido a los requisitos mínimos indicados por la ley.
2. Si necesita programar sus visitas **médicas y de visión en el mismo día**, enviaremos a su seguro médico una factura por la porción del examen médico y si es necesario se le cobrará por la refracción una **tarifa única adicional de \$ 67.00**

**Iniciales del Paciente** \_\_\_\_\_

**Pacientes Pediátricos (Si es aplicable)**

Un menor de edad necesita un acuerdo firmado por un padre o tutor. Al firmar el acuerdo, el padre o tutor asume la responsabilidad de la información en nombre del paciente. Requerimos que un padre o tutor acompañe a un menor de 18 años a todas las citas. Visionary Eye Doctors se reserva el derecho de solicitar la identificación de cualquier adulto que acompañe a un menor.

**Iniciales del padre (s) o Tutor**\_\_\_\_\_

**Autorización del uso de varios métodos para contactar al paciente.**

Es posible que durante el día y basándonos en un horario de horas laborales, no podamos directamente contactar a los pacientes. En estas ocasiones, nuestra oficina se comunicará con los pacientes dejando mensajes a través de los diferentes recursos de comunicación proporcionados por nuestros pacientes. Debido a la nueva Regla de privacidad de HIPAA que exige el gobierno federal, debemos obtener su autorización para continuar con este modo de comunicación. La información médica privada y protegida, que posiblemente se puede dejar/ revelar en su casa, trabajo, teléfono celular o en su correo electrónico incluye, pero no se limita a resultados de análisis/ laboratorio, información de recetas /farmacia, instrucciones de citas para visitas y procedimientos, e información quirúrgica y programación.

**Por favor marque UNA de las Casillas a continuación:**

**Si**, estoy de acuerdo en permitir que Visionary Ophthalmology, haciendo negocios como Visionary Eye Doctors, deje mensajes que incluyan información Médica Privada y Protegida en cualquiera de estas formas de comunicación: teléfono residencial, teléfono del trabajo, teléfono celular y / o correo electrónico.

**No**, no estoy de acuerdo en permitir que Visionary Ophthalmology, haciendo negocios como Visionary Eye Doctors, deje mensajes que incluyan información Médica Privada y Protegida en cualquiera de estas formas de comunicación: teléfono residencial, teléfono del trabajo, teléfono celular y / o correo electrónico.

**Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Autorización para participar en una investigación:**

Nuestra oficina realiza investigaciones académicas para mejorar nuestras técnicas médicas y contribuir aún más al campo de la oftalmología. La información utilizada en nuestra clínica, tales como fotografías, videos, diagnósticos, mediciones y otra información relevante relacionada con sus ojos y su salud general puede incluirse en nuestros esfuerzos de investigación. Su identidad siempre estará protegida. En conformidad con las regulaciones de HIPAA, su información personal no se incluirá en nuestra investigación. Su atención médica no se verá afectada por elegir no a participar en nuestros esfuerzos de investigación.

**Por favor marque UNA de las Casillas a continuación:**

**Yes**, Por medio de la presente autorizo a Visionary Ophthalmology, haciendo negocio como Visionary Eye Doctors, a incluirme en sus esfuerzos de investigación.

**No**, Por medio de la presente, NO doy mi consentimiento para que Visionary Ophthalmology, haciendo negocio como Visionary Eye Doctors, me incluya en sus esfuerzos de investigación.

**Iniciales del paciente** \_\_\_\_\_

**He leído y comprendido el acuerdo al paciente, las políticas de oficina y financieras de Visionary Eye Doctors tal cual como se describe anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir el nombre del paciente / Persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / Persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AVISO DE LEY DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE**

**Uso y Revelación de Información de Salud Privada y Protegida**

Por favor tenga en cuenta que nuestra política de Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción y en nuestra página web [www.voeyedr.com](http://www.voeyedr.com). Esta política proporciona información detallada sobre cómo podemos usar y compartir su información médica privada y protegida. Los detalles de esta política cumplen con todas las disposiciones, incluidas las más recientemente actualizadas.

**Formulario de Reconocimiento y Consentimiento para al uso y Revelación de Información**

**Reconocimiento de Notificación:** El folleto educativo titulado "Aviso de prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo **Visionary Eye Doctors** puede usar y revelar/compartir su información médica privada y protegida, esta cumple con los requisitos de la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA). Nuestra política de "Aviso de prácticas de privacidad" establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos descritos en este documento. Si esto ocurriera, publicaremos los cambios en todas nuestras oficinas. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre la forma en que se puede usar su información médica o con quién la podemos compartir para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones; pero si lo hacemos, mediante este acuerdo estamos obligados con usted.

**Al firmar a continuación, confirmo haber recibido la política de "Aviso de prácticas de privacidad"**. Además, usted acepta que nosotros usemos y revelemos su información médica privada y protegida, para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos revelado la información confidencial basada en su previo consentimiento. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de la compañía de seguros / Medicare se haga en mi nombre a **Visionary Eye Doctors** por cualquier servicio que me proporcione un médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a compartir con los Centros de Servicios de Medicare / Medicaid y sus agentes y / o cualquier otra compañía de seguros con la cual tengo cobertura, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. **Estoy de acuerdo en proporcionar todas las referencias y plan(s) de tratamiento según sea requerido por mi Seguro(s) de salud. Todos los copagos deben pagarse al momento del servicio de acuerdo con las regulaciones de la compañía de seguros.**

---

**Nombre Impreso del Paciente/Persona Responsable**

**Fecha**

---

**Firma del Paciente/Persona Responsable**

**Fecha**

**Representante personal, familia u otras entidades a las que se puede Autorizar a dar Acceso/Compartir La Información Médica Privada y Protegida.**

Indique el nombre y la relación de la (s) persona (s) y / u otras entidades a las que nos está autorizando a utilizar y / o revelar su información médica privada y protegida con respecto al tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

---

**Nombre de la Persona/Entidad Autorizada**

**Relación**

**Número de Teléfono**

---

**Nombre de la Persona/Entidad Autorizada**

**Relación**

**Número de Teléfono**