

¿SE FACTURARÁ MI VISITA A MI SEGURO MÉDICO (MEDICARE, AETNA, HORIZON, BCBS, CIGNA, ETC.) O A MI PLAN DE VISIÓN (VSP, DAVIS, EYEMED, ETC.)?

BREVE EXPLICACIÓN:

El **seguro médico** se utilizará para visitas relacionadas con su salud ocular (diabetes, cataratas, glaucoma, dolor ocular, lesiones oculares, etc.). La mayoría de los planes de salud médicos no brindan cobertura para anteojos, lentes de contacto (excepto los lentes de contactos que requieran prescripción médica) u otros similares.

Los **planes de visión** cubren los exámenes de rutina para obtener anteojos, lentes contactos así como la inspección de la salud ocular interna y externa en una persona sin enfermedad ocular conocida o previamente diagnosticada.

He leído y entiendo la breve explicación anterior.

X Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

EXPLICACIÓN DETALLADA:

Uno de los problemas de facturación más difíciles para el consultorio de un oftalmólogo es determinar si el motivo de su visita es **médico** (diabetes, cataratas, glaucoma, dolor ocular, etc.) o es un **examen de rutina** que permitirá evaluar la salud de sus ojos para asegurarse de que no tenga un problema o enfermedad ocular que aún no conozca y/o determinar o no la necesidad del uso de anteojos, lentes de contacto, etc.)

Consideramos apropiado programar visitas separadas para atender tanto sus necesidades de cuidado de la vista a través del examen de rutina (anteojos, lentes de contacto) así como como sus necesidades médicas (seguimiento del glaucoma, emergencias oculares como lesiones u ojos rojos, etc.).

Como regla general, tenga en cuenta que los planes médicos no cubren materiales (anteojos o lentes de contacto), sin embargo algunos pueden tener ofrecer un reembolso anual directo al paciente. Es responsabilidad del paciente saber si tiene este beneficio y presentar la documentación pertinente directamente al plan médico si desea obtener el reembolso. De nuestra parte, le ayudaremos proporcionándole los recibos respectivos. Si bien es cierto, nuestro objetivo es beneficiar a nuestros pacientes nuestro compromiso es facturar adecuadamente según el motivo de cada visita. Si se le presenta un problema ocular, un repentino cambio o pérdida de la visión, o es diabético(a) y cree que los medicamentos que está tomando pueden poner en riesgo su salud ocular u otro asunto considerado dentro del ámbito médico, le agradeceremos que nos permita ayudarlo. Le proporcionaremos el examen para la atención médica ocular y facturaremos a su seguro médico de la misma manera que lo haría cualquier otro proveedor de atención médica especializado. El paciente es responsable de obtener referencias, co-pagos, deducibles y co-seguros.

En raras ocasiones, una visita de rutina puede convertirse en médica. Puede durante la visita de rutina descubrirse un problema ocular incidental y urgente durante su examen de la vista (como presión ocular muy alta que necesita pruebas y tratamiento inmediatos para evitar la pérdida irreversible de la visión).

Si tiene un plan de visión, es su responsabilidad informar a nuestro personal al momento de programar la cita para que podamos ayudarlo a comprender sus beneficios. Los planes de la vista no son seguros para la vista y no cubren las pruebas de la vista médicamente necesarias. Los planes de visión ayudan con tarifas de descuento para lentes de contacto y anteojos. Algunos planes son mejores que otros. Trataremos de ayudarlo a maximizar sus ahorros. Para hacer esto, debe conocer su plan y presentarlo antes de ser visto para su examen. Medicare no paga por anteojos o lentes de contacto. Los pacientes de Medicare serán responsables de su tarifa de refracción (si es necesario) y de su deducible anual (si ya no se encuentran en el consultorio de otro médico durante el año calendario).

- Si su seguro médico o de la vista no paga los servicios prestados, usted será responsable de todos los pagos adeudados, incluidos los copagos, los deducibles y todos los gastos de bolsillo.

Si no paga su factura, se enviará a las colecciones. Usted acepta que será responsable de los honorarios legales asociados con el pago de su factura.

- Al firmar a continuación, entiendo y acepto todas las declaraciones mencionadas y me permite presentar su reclamo.
- Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar este reclamo.
- Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o grupo abajo firmante por los servicios prestados. He leído y entiendo la explicación anterior.

X Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Nombre del padre/guardián legal en letra de imprenta: _____

_____ **SI** _____ **NO** doy permiso para que Commerce Family Eyecare use la foto mía o de mi hijo en su sitio web o en cualquier otra publicación como Instagram, Facebook, Google, etc.

X Paciente Firma: _____ Fecha: _____

X Firma del padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

OFICINA/ FACTURACIÓN / COLECCIONES / CANCELACIÓN / POLÍTICAS DE REHABILITACIÓN

- Puedo solicitar una copia de Commerce Family Eyecare, PC Notice of Privacy Practices (vigente desde el 14 de abril, 2003; Am finalizó septiembre de 2013), aunque está publicado en la oficina.
 - Entiendo que la TARIFA DE MONTAJE DE LENTE(s) DE CONTACTO (\$ 55- \$ 135) debe ser cancelada al momento del servicio y puede requerir una visita de seguimiento la misma que puede o no estar sujeta a tarifas adicionales si el paciente no regresa dentro de los 30 días de la visita inicial.
 - Si no puede cumplir con su cita programada, por favor notifique a nuestra oficina al menos 24 horas antes de la hora de su cita. Esto nos permite ofrecer ese tiempo a otro paciente. Si no se presenta a su cita o no la cancela dentro de las 24 horas de su cita programada, deberá hacer un pago de \$ 20.00. A los pacientes con cinco o más ausencias en un período de un año no se les permitirá programar citas futuras, sin embargo nos ofrecemos a brindarle servicios dependiendo de la disponibilidad diaria.
 - El pago de todos los servicios debe hacerse efectivo al momento que se prestan los servicios. Sin embargo, si se han hecho arreglos previos para aceptar su seguro como pago, facturaremos directamente a su compañía de seguros. En el caso de que la compañía de seguros no pague, el paciente es el único responsable de la factura. Continuando con el tema de los seguros, aunque estamos más que felices de ayudarle en relación a presentar y responder cualquier pregunta sobre un reclamo específico, los problemas de cobertura sólo pueden ser abordados por su empleador y/o administrador del plan grupal. No podemos actuar como mediadores. Si no puede proporcionar la información de su seguro al momento del servicio, usted será responsable de todos lo adeudado por el servicio prestado. Después del servicio prestado, no podemos presentar un reclamo a su compañía de su seguro. Puede elegir reprogramar su cita para cuando tenga disponible la información de seguro o en todo caso, puede hacerse cargo del pago de la totalidad de los servicios prestados. No hay reembolsos por los servicios prestados.
 - Al firmar a continuación, entiendo que no se permite ningún tipo de grabación durante el examen de un paciente. Si se graba un examen, se le pedirá que elimine la grabación inmediatamente.
 - Al firmar a continuación, entiendo y acepto permitir que Commerce Family Eyecare, PC presente mi reclamo a mi compañía de seguro.
 - Al firmar a continuación, autorizo a Commerce Family Eyecare, a que me comunique información, por SMS (mensaje de texto), llamadas telefónicas automáticas y/o correo electrónico. La información puede incluir, entre otros, recordatorios de citas.
- He leído, entiendo y acepto todo lo anterior.

X Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

DILATACIÓN

NO hay cargo adicional por dilatación Para examinar a fondo la estructura interna del ojo, es necesario agrandar la pupila del ojo esto se llama dilatación. La dilatación le permite al médico observar el área periférica de la retina que de otro modo estaría oculta a la vista. Luego de la dilatación, puede que temporalmente experimente visión borrosa al leer. Su visión a distancia generalmente no será borrosa, pero puede parecer un poco distorsionada y/o más sensible a la luz. Luego del proceso de dilatación, podrá conducir su vehículo, pero le recomendamos tener mucho cuidado. Esto también se aplica a todas las demás físicas actividades como caminar, subir escaleras, etc. Entiendo la importancia y los posibles efectos secundarios de dilatar los ojos y en este momento solicito:

Marque a continuación:

_____ Sí, quiero la dilatación _____ No, quiero la dilatación _____ Asumo la responsabilidad de reprogramar mi dilatación.

LAS PRUEBAS DE PANTALLA SON IMPORTANTES PORQUE ES LA MEJOR MANERA DE ENCONTRAR EN UNA FASE TEMPRANA CONDICIONES O ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO PUEDE SER FÁCIL Y/O MENOS EXTENSO. ASÍ MISMO, LAS PRUEBAS DE PANTALLA REVELAN EL FACTOR DE RIESGO QUE ES UNA CONDICIÓN DE SALUD O UN COMPORTAMIENTO QUE NOS PONE EN RIESGO DE DESARROLLAR UNA ENFERMEDAD.

~ Los procedimientos enumerados a continuación NO están cubiertos por un seguro ~

IMÁGENES RETINALES

Una cámara tecnológicamente avanzada nos permite tomar imágenes de la parte posterior del ojo (retina, nervio óptico y mácula). Estas imágenes nos ayudan a detectar problemas que pueden afectar su visión. Con esta tecnología, podemos diagnosticar afecciones oculares como el glaucoma, la degeneración macular, la retinopatía diabética e hipertensiva, así como tumores. Esta prueba se recomienda hacerla anualmente. Este procedimiento tiene un costo adicional de \$ 30.00 que no es cubierto por su seguro. Sin embargo, su seguro puede cubrir costos adicionales en caso de requerir fotografías e informes extensos para documentar la patología ocular.

PRUEBA DE CAMPO VISUAL PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS VISUALES

Nuestro analizador de campo visual Oculus utiliza tecnología informática para medir electrónicamente la función de la retina y la sensibilidad al contraste. Esta prueba también puede ayudarnos en la detección temprana de muchos trastornos, incluidos tumores cerebrales, glaucoma, retinopatía diabética y desprendimientos de retina.

Esta prueba se recomienda hacerla anualmente. Este procedimiento tiene un costo adicional de \$ 15.00 que no es cubierto por su seguro. Sin embargo, su seguro puede cubrir costos adicionales en caso de requerir fotografías e informes extensos para documentar la patología ocular

Marque a continuación:

- _____ Me gustaría que me hicieran una imagen retiniana (**\$ 30.00**)
_____ Me gustaría que me hicieran el examen de campo visual (**\$ 15.00**)
_____ Me gustaría ambas (**Combo por \$ 40.00**)
_____ Preferiría no hacerme ninguna prueba en este momento

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT)

La tomografía de coherencia óptica u OCT es un sofisticado sistema de escaneo que produce detalladas imágenes de la retina y del nervio óptico. La OCT es similar a una resonancia magnética o una ecografía de la parte posterior del ojo. La OCT mide el grosor de la capa de fibra nerviosa retiniana en el glaucoma y otras enfermedades del nervio óptico y la retina. Se recomienda hacerse esta prueba anualmente. Este procedimiento tiene un costo adicional de \$ 30.00 que no es cubierto por su seguro. Sin embargo, su seguro puede cubrir costos adicionales en caso de requerir fotografías e informes extensos para documentar la patología ocular.

Marque a continuación:

_____ Sí, me gustaría tener el OCT Scan (\$ 30.00) _____ No, no me gustaría tener el OCT Scan

X Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____