



ACUERDO FINANCIERO

Gracias por elegir el Centro para la Vision para sus necesidades del cuidado de los ojos. Nos complace recibirlo en nuestra clinica. Nuestra preocupacion es que usted y su familia reciban la mejor atencion para mantener una vision saludable. Por favor tenga en cuenta que es su responsabilidad como paciente ,conocer y entender el plan de su seguro que usted ha escogido y cumpla con todos los requisitos del contrato acordado entre su plan de seguro y nuestra Clinica. Si usted no esta seguro, desconoce su plan de co-pagos, deducibles y co-seguros, cordialmente le sugerimos aplazar su cita hasta que se haya informado completamente y entienda su responsabilidad financiera.

Con mucho gusto presentaremos a su seguro la solicitud de reembolso, sin embargo usted es el unico responsable del pago por los servicios prestados. Previa autorizacion, no es garantia del pago de sus servicios y si se requiere una referencia de su seguro, usted debe obtenerla antes de su cita. **Es responsabilidad del paciente pagar todos los gastos que su seguro no cubra.** El dia de su cita debe presentar toda la informacion necesaria para evitar que la Aseguradora deje de pagar, tales como las personas aseguradas, tarjetas de seguro actualizadas, cualquier referencia solicitada por la compania de seguro y toda la documentacion completa. Si su seguro no es aceptado por nosotros, el pago por los servicios prestados debera hacerse al momento de recibirlos. Ademas autorizo la entrega de informacion a proveedores medicos, consultores y companias de seguros. Para cualquier servicio de salud justificado, autorizo el pago al Centro Medico para la Vision.

Por favor tenga en cuenta que medicare y algunas otras companias de seguro no pagan por su refraccion. un cobro de \$45.00 dolares debe ser cancelado al momento del servicio. Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de credito. Los cheques devueltos tendran un recargo de \$25.00 dolares y la cancelacion de cualquier producto tendra un costo adicional del 25%. Solicitamos que si cancela su cita, lo haga con 24 horas de anticipacion o de lo contrario, tendra una multa de \$25.00 dolares.

Es su responsabilidad avisar a nuestra oficina antes de la cita si su plan de seguro incluye beneficios para el cuidado de la vision. Si su plan de seguro es aceptado por nuestra clinica y somos los proveedores de su compania de seguro, como contratistas podemos modificar o cancelar su saldo. Esto no significa que su cuenta haya sido pagada en su totalidad. Le cobraremos directamente a la compania su saldo pendiente. Pero si su cuenta de servicios va a una Agencia de "coleccion", ademas de su saldo pendiente, usted tambien debera pagar adicionalmente una multa de 25% que cobra la agencia por conceptos de gastos legales y todos los costos especificados por esta misma.

Consentimiento para obtener los medicamentos.

Los pacientes del Centro para la Vision tienen la opcion de inscribirse en el programa EPREScriben, que permite a nuestra oficina enviar su receta medica electronicamente, usando nuestro sistema de historiales medicos electronicos. Firmando este documento, el firmante autoriza al Centro para la Vision, inscribirlo en el programa y asi acelerar el proceso de la obtencion de los medicamentos de su farmacia elegida para la comodidad del paciente. Esta autorizacion nos permite solicitar el record de sus medicamentos de otros proveedores del cuidado de su salud y administradores de beneficios farmaceuticos con el fin de tratarlo. Esta autorizacion afecta la informacion personal de los cuidados de salud la cual es protegida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996. Si tiene alguna pregunta respecto a este programa, por favor comuniquese con uno de nuestros representantes antes de consentir su aprobacion.

Costos administrativos.

Cualquier constancia, carta o formulario solicitados por su compania de seguro o alguna otra comunicacion fuera de lo acostumbrado, ademas de los formularios necesarios para el cobro o correspondencia con otros medicos o proveedores, tendra un cargo adicional de \$25.00 dolares (incluyendo las formas MVA). Con gusto completaremos sus formularios de incapacidad, lo cual tendra un costo adicional de \$25.00 dolares. Como cortesia para nuestros pacientes que viven fuera del area, gustosamente le suministraremos a su nuevo oftalmologo una copia de su historia clinica sin costo alguno. Cualquier otra solicitud por copias de su record medico, sera objeto de un costo de .10 centavos por pagina

Entendemos que algunos de nuestros pacientes ocasionalmente presentan dificultades financieras. Esperamos que usted comunique sus problemas financieros a nuestro departamento de cobro o a nuestro manager y nos permita ayudarle a manejar su cuenta de una manera mas efectiva..