

POLÍTICA FINANCIERA

Como se establece en la Ley de Protección al Consumidor, Inland Eye Specialists desea informarle sobre nuestras políticas con respecto a las responsabilidades financieras en las que incurre como resultado del tratamiento que le brindamos a usted y su familia.

1. Se le facturará por cualquier visita al consultorio y procedimientos no pagados. Como parte de nuestro servicio, presentaremos reclamos de seguros a su nombre una vez que haya proporcionado la información necesaria.

Tenga en cuenta:

- Dado que su seguro es normalmente un contrato entre la compañía de seguros y usted o el titular de su póliza, no formamos parte de ese acuerdo. Facturaremos a su compañía de seguros como cortesía. Si se determina que no es elegible para los beneficios de su plan de salud o si recibe servicios no cubiertos y/o no autorizados, será responsable del pago. En algunos casos, podemos tener un contrato específico con su PPO [Organización de Proveedores Preferidos] o HMO [Organización para el Mantenimiento de la Salud]. Se le notificará de esos proveedores específicos. No cambiaremos los diagnósticos para adaptarnos a las solicitudes de su compañía de seguros.
 - Nuestras tarifas generalmente están cubiertas hasta el máximo pagado por su seguro. Algunas aseguradoras pagan las reclamaciones como un porcentaje, es decir, 50%, 80%, etc., de lo que consideran el cargo "usual y habitual" de sus planes. Nuestros cargos se consideran apropiados para oftalmología, optometría, anteojos y servicios médicos en esta área.
2. Infórmenos con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada para evitar una tarifa de \$35 por no presentarse.
 3. Habrá un cargo de \$35 en todos los cheques devueltos.

PRUEBA PARA ANTEOJOS/ REFRACCIÓN

Una prueba de anteojos a menudo se realiza durante un examen ocular anual. Si tiene un plan de la vista con el que tenemos un contrato y es elegible para los servicios bajo ese plan, facturaremos a ese plan por este examen.

Si tiene una prueba de anteojos (refracción) hoy y **NO** tiene un plan de la vista, se le cobrará una tarifa reducida de \$65.00. **MEDICARE Y/O SU SEGURO MÉDICO NO CUBRE EL PAGO DE ESTE EXAMEN.** Si **NO** desea que se realice una prueba de anteojos hoy, informe a nuestro personal **ANTES** de ver al médico Inicial

EXÁMENES DE LENTES DE CONTACTO

Si está interesado en recibir servicios de lentes de contacto, lea y coloque sus iniciales a continuación. Si tiene alguna pregunta, nuestros optometristas pueden explicarle las tarifas relacionadas y los beneficios del seguro que pueda tener.

Se realiza un examen para lentes de contacto a pedido del paciente (a menudo durante un examen ocular anual). Esta prueba, que incluye la evaluación inicial, la adaptación de lentes, cualquier capacitación necesaria y visitas de seguimiento por hasta tres meses, es INDEPENDIENTE DE UN EXAMEN DE RUTINA Y TIENE UNA TARIFA INDEPENDIENTE.

El monto de la tarifa se basa en la complejidad de su caso. Para la mayoría de los pacientes, las tarifas oscilan entre \$93 y \$189. Los cargos por lentes de contacto personalizados o médicamente necesarios son más altos y se determinarán caso por caso. Si no está seguro de cuáles serán sus responsabilidades financieras, consulte a nuestro personal o médico **ANTES** de que se realice el examen de lentes de contacto. Entiendo la declaración anterior y acepto ser responsable del pago de esta tarifa y cualquier otro servicio no cubierto Inicial

POLÍTICA FINANCIERA (CONTINUADA)

LIBERACIONES

Entiendo y acepto que soy responsable de todos los cargos no cubiertos, no autorizados y/o no elegibles relacionados con mi atención médica, independientemente del estado de mi seguro. He leído la Política Financiera anterior y he completado el formulario de información del paciente. Esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Le informaré de cualquier cambio. Por la presente, autorizo a Inland Eye Specialists a divulgar cualquier información solicitada por mi compañía de seguros, hospital de admisión y/o médicos de referencia a mi nombre o menor/dependiente. Por la presente asigno los pagos recibidos por los servicios médicos prestados a mí y a mi familia a Inland Eye Specialists. Por la presente, autorizo a Inland Eye Specialists a presentar quejas ante el Comisionado de Seguros del Estado, la Administración de Financiamiento de Atención Médica o el Departamento de Trabajo A mi nombre con respecto a mis reclamos de beneficios.

Firma: _____

Fecha: _____

(Para ser firmado por el paciente o adulto responsable del pago si el paciente es menor de 18 años)

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

<p>Hemet 3953 W. Stetson Ave Hemet, CA 92545 (951) 652-4343</p> <p>David S McCleary, O.D., Oficial de privacidad Mark Nilsen, Oficial de seguridad</p>	<p>Murrieta 25395 Hancock Ave. Suite 100 Murrieta, CA 92562 (951) 696-5388</p> <p>John J McDiarmid, O.D., Oficial de privacidad Mark Nilsen, Oficial de seguridad</p>	<p>Temecula 31950 Temecula Parkway Suite B7 Temecula, CA 92592 (951) 303-0575</p> <p>Brett R. Larson, O.D. FAAO, Oficial de privacidad Mark Nilsen, Oficial de seguridad</p>	<p>Fallbrook 521 E Elder Street Suite 102 Fallbrook, CA 92028 (760) 728-5728</p> <p>J Grant Tew, M.D., Oficial de privacidad Mark Nilsen, Oficial de seguridad</p>	<p>Laser Center 25460 Medical Center Dr. Suite 103 Murrieta, CA 92562 (951) 698-4575</p> <p>Jonathan M Geller, O.D., Oficial de privacidad Mark Nilsen, Oficial de seguridad</p>
--	---	--	--	--

Por la presente reconozco que se publicará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Inland Eye Specialists en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado en cada cita. Se puede ver una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente en nuestro sitio web en www.inlandeyespecialists.com

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación a continuación.

- ____ Padre o tutor del paciente menor de edad
- ____ Tutor o responsable de un paciente incompetente
- ____ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR SEA DIVULGADA A LOS SIGUIENTES:

Por favor marque todos los que apliquen: Miembro(s) de la familia Compañía de seguros Doctor(es) Abogado(s) Otros

En el espacio proporcionado, indique el(los) nombre(s) y la relación de la(s) persona(s) autorizada(s) para recibir esta información.

1. Nombre _____ Relación _____

2. Nombre _____ Relación _____

3. Nombre _____ Relación _____

¡Gracias!