



## **Política financiera y declaración de revelación**

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

- La persona identificada como el garante de la cuenta es responsable del pago de los costos. Esta persona está identificada en el formulario de información del paciente y puede actualizarse en cualquier momento.
- Menores: El padre, la madre o el tutor que traigan por primera vez al paciente menor a nuestro consultorio determinarán quién será la parte financieramente responsable de los gastos médicos del menor. La parte identificada tiene la obligación de pagar, independientemente de las disposiciones de una sentencia de divorcio o de los acuerdos de custodia y de la relación que tenga el niño con el afiliado del seguro.
- Es responsabilidad del paciente informar a nuestra oficina sobre todos los planes de seguro y presentar información precisa. Nuestra oficina facturará los reclamos a los seguros con lo que tenemos contratos en nombre de nuestros pacientes. Si no participamos en el plan del paciente, se debe hacer la totalidad del pago al momento de recibir el servicio. Sin embargo, el paciente o el garante pueden presentar un reclamo por su cuenta. A la salida, se puede solicitar una copia de los códigos de procedimiento y de diagnóstico. Esto puede ser útil a la hora de presentar los reclamos al seguro.
- Los costos que no estén cubiertos por el seguro y los copagos se cobrarán al momento de recibir el servicio.
- Tenga en cuenta que no se puede garantizar el pago del seguro y, en algunas ocasiones, no se determinan los beneficios hasta que se procesa su reclamo.
- Se le enviará al garante un resumen de cuenta con todos los saldos no cubiertos o ajustados por el seguro.
- Es responsabilidad del paciente o del garante saber qué servicios cubre su seguro. Por ejemplo, será responsable de los costos en los siguientes casos: (i) su plan de salud requiere una autorización previa o una derivación de un proveedor de atención primaria, y usted no ha obtenido dicha autorización o derivación; (ii) recibe más servicios de los que se establecen en la autorización o derivación; (iii) su plan de salud determina que los servicios recibidos no son médicamente necesarios o no están cubiertos por su plan de salud; (iv) su cobertura médica ha caducado al momento de recibir el servicio o, (v) usted ha elegido no usar la cobertura de su seguro médico. Si no participamos en el plan del paciente, se debe hacer la totalidad del pago al momento de recibir el servicio.
- El paciente o el garante tienen la opción de NO usar su seguro y, en ese caso, deben completar el formulario de "Aviso de exclusión de los beneficios del plan de salud" y deben hacer la totalidad del pago al momento de recibir el servicio.
- Nuestro departamento de facturación está disponible para ayudarlo si tiene alguna pregunta, y puede comunicarse llamando al (530) 433-5050.

### **SEGURO MÉDICO vs. SEGURO OFTALMOLÓGICO**

- Los planes de seguro distinguen entre la cobertura "médica" y la cobertura "de visión". La mayoría de los planes de seguro médico, incluso Medicare, no pagan los servicios "de visión" de rutina, como las refracciones y la colocación de lentes de contacto. La mayor parte de los planes oftalmológicos no pagan los servicios "médicos", como los procedimientos y las pruebas de diagnóstico.
- Aunque algunos problemas médicos son evidentes, cuando tiene un problema en la vista, puede ser casi imposible para usted saber si se trata de un problema "de visión" o "médico". El motivo de la consulta y las conclusiones del médico nos ayudarán a determinar a qué seguro debemos facturarle.

### **SALDOS ATRASADOS**

- Si el paciente o el garante tienen un saldo atrasado, se espera que paguen ese saldo antes de que nuestros proveedores los vuelvan a atender en nuestro consultorio. \* Se les enviará un resumen de cuenta a los pacientes hasta que se paguen todos los saldos.

**Al firmar abajo**, declaro que he leído y entendido las políticas financieras de Willows Eye Care y que también he entendido que el consultorio se reserva el derecho de modificar las tarifas en cualquier momento sin aviso. Autorizo y solicito que el seguro y cualquier otro beneficio correspondiente se destinen directamente al consultorio en mi nombre en concepto de todos los servicios proporcionados por cualquier médico empleado por el consultorio. Autorizo la revelación de cualquier información médica sobre mi persona que sea necesaria para determinar los beneficios para los servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o madre/tutor/custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Motivo por el que el paciente no puede firmar

