

POLÍTICA FINANCIERA DE WHEATON EYE CLINIC

Wheaton Eye Clinic se compromete a brindarle a usted y a su familia atención oftalmológica de calidad. Nuestro personal se esforzará para ayudarlo a recibir los beneficios máximos permitidos por su seguro médico. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política financiera. En última instancia, usted es financieramente responsable del costo de los servicios prestados.

PLANES DE SEGURO: Los médicos de Wheaton Eye Clinic participan con la mayoría de los principales planes de seguro y atención administrada. Wheaton Eye no participa con ningún plan de visión. Consulte la lista de transportistas contratados en el sitio web de Wheaton Eye en la pestaña Servicios al paciente. Tenga en cuenta que la lista de participación con los operadores y sus redes específicas están sujetas a cambios que pueden o no aumentar su responsabilidad financiera.

La responsabilidad del paciente, de los padres o el tutor incluye:

- Estar familiarizado con los beneficios de su plan de seguro, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles, y estar preparado para pagar esos saldos financieros en el momento del alta.
- Llevar todas sus tarjetas de seguro actuales a todas las visitas.
- Usted entiende el estado de la red de proveedores de Wheaton Eye Clinic en su plan de seguro.
- Notifíquenos cualquier cambio en la situación de su seguro o compañía de seguros preferiblemente antes de su visita.

Tenga en cuenta que si hay un retraso en su elegibilidad o la notificación de cualquier cambio en la información de su seguro, usted será financieramente responsable en el momento de la visita para el pago completo y el depósito de un pago mínimo que se determinará sobre la base de sus servicios necesarios. Wheaton Eye Clinic le reembolsará cualquier pago en exceso tras la conciliación de su cuenta.

Usted manifiesta que actualmente cuenta con un seguro que reembolsará a Wheaton Eye Clinic la atención médica prestada. Por lo tanto, usted por la presente cede, transfiere y asigna a Wheaton Eye Clinic, todos sus derechos, títulos e intereses en beneficios de reembolso médico bajo sus coberturas y/o pólizas de seguro. Los beneficios de reembolso de su seguro pueden ser proporcionados a través de un plan ERISA. Si sus beneficios son a través de dicho plan ERISA usted por la presente cede, transfiere y asigna todos mis derechos, título e interés como beneficiario bajo el plan ERISA a Wheaton Eye Clinic.

HMO/POS/atención por derivación: Debe obtener una autorización de su médico de cabecera antes de su cita. Usted será responsable de cualquier cargo que supere el tratamiento indicado en la autorización. Es su responsabilidad saber qué servicios han sido autorizados y si la autorización es válida para la fecha del servicio. Si opta por ser atendido sin autorización, usted será responsable del pago de dichos servicios en el momento del servicio.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: Se requieren todos los documentos necesarios para facturar a su compañía de seguros de compensación laboral al momento del servicio, de lo contrario, el pago debe hacerse en el momento del servicio. Si no recibe el pago de su compañía de seguros de compensación laboral dentro de los noventa (90) días, entonces usted es financieramente responsable del saldo.

COPAGOS, DEDUCIBLES Y COSEGUROS: Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse en todas y cada una de las visitas.

PACIENTES SIN SEGURO: El pago total debe efectuarse al momento de recibir el servicio. Se debe hacer un depósito de doscientos dólares (\$200.00) antes de su cita. Este depósito se aplicará a sus cargos. Usted será responsable de cualquier saldo sobre el depósito en el momento del alta. Si pagó más que el saldo de su cuenta, se procesará un reembolso dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del servicio y se enviará por correo a la dirección particular registrada.

PAGOS: Aceptamos Visa, Mastercard, Discover y American Express, además de efectivo, cheque o giro postal. Usted sería financieramente responsable de todas las tarifas de servicio bancario aplicables para cualquier cheque devuelto.

MEDICARE: Los médicos de Wheaton Eye Clinic participan en Medicare y, por lo tanto, aceptamos la cesión de servicios. Medicare paga el ochenta por ciento (80 %) de lo que aprueba después del deducible anual, y usted o su seguro secundario son responsables del veinte por ciento (20 %).

PLANES MEDICARE ADVANTAGE: Usted entiende que los planes Medicare Advantage no son Medicare. Debe acatar las políticas y procedimientos de Medicare Advantage. El incumplimiento de esas políticas y procedimientos puede estar sujeto a mayores gastos financieros de bolsillo.

ESTADOS DE CUENTA: Recibirá un resumen por correo postal cuando su seguro le haya respondido. El pronto pago total de cualquier saldo pendiente nos ayuda a transferir los costos de facturación. Cualquier cuenta vencida puede ser derivada a una agencia de cobranzas después de los treinta (30) días de la fecha de inicio de facturación.

SENTENCIAS DE DIVORCIO: Los pacientes son financieramente responsables de su factura en el momento del servicio. El adulto acompañante es económicamente responsable de los menores. Con el fin de facilitar la atención, le pedimos que nos proporcione cualquier orden judicial y documentos relacionados que aborden el consentimiento para el tratamiento de su hijo.

SALDO FINANCIERO PENDIENTE: Todos los saldos financieros pendientes deben ser pagados antes de ser tratados.

CESIÓN DE BENEFICIOS: La cesión de beneficios de cualquier póliza de seguro y/o plan de reembolso de atención médica no se considerará una exención de el derecho de Wheaton Eye Clinic de exigir el pago directamente del abajo firmante, el paciente o el tutor.

COSTOS DE COBRANZA: En caso de que no reembolse a Wheaton Eye Clinic los servicios prestados y su saldo no se haya pagado, este saldo pasará a una agencia de cobranzas externa para el cumplimiento del pago. El abajo firmante acepta pagar todos los costos de cobranzas, incluidos, entre otros, los honorarios legales y de terceros razonables.

SERVICIOS EMT/911: En el caso de que los servicios de EMT/911 sean necesarios para ayudarle durante su encuentro, usted acepta asumir toda la responsabilidad por el coste de esta asistencia para usted.

ÓPTICA: Nuestro Departamento de Óptica trabaja en estrecha colaboración con su médico para garantizar que su prescripción de gafas le proporcione la mejor visión posible. Su receta está garantizada por 90 días a partir de la fecha de emisión. Si necesita un cambio en ese período de tiempo, no se le cobrará por una nueva verificación. Las gafas compradas en cualquiera de las tiendas ópticas de Wheaton Eye Clinic se cambiarán, si es necesario, sin cargo alguno para usted. Los cambios, reconstrucciones o reembolsos de gafas no compradas en Wheaton Eye Clinic no están cubiertos por esta garantía.

EXAMEN DE CAMPO PARA CONDUCTOR: Un examen de campo para conductores es un examen visual de campo que usted elige realizar para que el proveedor complete la documentación proporcionada por el Departamento de Vehículos Motorizados para que usted obtenga o renueve su licencia de conducir. Independientemente de su afección médica actual, un examen de campo para conductores no es médicamente necesario si el examen no se lleva a cabo como un componente requerido o recomendado de su visita al consultorio. Usted será financieramente responsable de este cargo.

Tenga en cuenta: Este reconocimiento SOLO es válido cuando se realiza un examen de campo para conductor. Esta autorización permanece archivada.

_____ (inicial)

REFRACCIONES: Una refracción ayuda a evaluar la salud y la función de los ojos o a determinar la prescripción de anteojos. Es posible que su médico deba realizar una refracción para evaluar su condición ocular o las mediciones. La refracción NO está cubierta por la mayoría de los seguros y Medicare. Usted será financieramente responsable de este cargo.

_____ (inicial)

CITAS PERDIDAS: Wheaton Eye requiere al menos un aviso de 48 horas para cancelar una cita. Se le puede cobrar un cargo por cancelación tardía/no presentación de cincuenta dólares (\$50.00)

_____ (inicial)

He leído y comprendo la política financiera de Wheaton Eye Clinic mencionada anteriormente.

Firma del paciente/tutor/padre o madre

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta