

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN:

ESTE AVISO DESCRIBE NUESTRAS PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN, LE ROGAMOS QUE LO LEA DETENIDAMENTE.

En Delaware Eye Care Center, puede esperar recibir servicios médicos de forma profesional y atenta. Nos comprometemos a ofrecerle el máximo nivel de servicio y atención de calidad. A cambio, es su responsabilidad facilitar los datos de su seguro. Por favor, tenga su identificación con foto y la información del seguro actual disponible en su visita para asegurar que su reclamo puede ser procesado con prontitud.

1. **CITAS:** Le rogamos que acuda a las citas programadas y llegue a la hora acordada. Si no puede acudir a su cita, le pedimos que lo notifique con al menos 48 horas de antelación. [Cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita, o un No-Show para su cita, resultará en un cargo mínimo de \$35 por paciente, excluyendo a los pacientes de Medicaid]. Nos reservamos el derecho de no hacer citas de rutina adicionales para usted si tiene un saldo restante por tratamientos anteriores que recibió con nuestras oficinas. Además, cualquier saldo pendiente tendrá que ser resuelto antes de registrarse para una cita.
2. **COPAGOS:** De acuerdo con su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier copago (una pequeña cantidad fija exigida por su aseguradora médica), deducible (cantidad de la que usted es responsable antes de que su aseguradora médica realice el pago) o coseguro (porcentaje del costo total de los gastos médicos una vez alcanzado el deducible) que deba pagar en el momento de recibir el servicio. Si no puede pagar el copago en el momento de recibir el servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o aplazar su cita para una fecha en la que pueda pagar el copago. Además, si su cita se mantiene sin el pago del copago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de imponer un cargo administrativo de \$10 en su cuenta para sufragar el costo de asegurar el copago.
3. **RECARGAS DE RECETAS/FORMULARIOS:** Por favor, solicite las recargas de recetas y presente los formularios que sea necesario completar al inicio de su examen. En ese momento, tenemos pleno acceso a su expediente completo y podemos atender su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar la cantidad permitida por el estado para rellenar y completar formularios o solicitudes de abogados para sus diversas necesidades (es decir, SSI, discapacidad, etc.).
4. **EXÁMENES OCULARES Y GAFAS:** Esta política sólo se aplicará si necesita comprar gafas y/o lentes de contacto. Puede solicitar una copia de la política/el procedimiento completo para sus registros.
 - Una revisión de la graduación dentro de los 90 días siguientes al examen original
 - Una nueva graduación en un plazo de 90 días a partir de la fecha del pedido original
 - Se permite una nueva fabricación de lentes durante el periodo de garantía de 1 año
 - Se permite una remodelación de la montura en un plazo de 30 días, incluida una tasa de 50 dólares
 - Las monturas vienen con una garantía del fabricante, contra posibles defectos, con validez por 1 año
 - Todos los pedidos de gafas y/o lentes de contacto deben estar pagados en su totalidad antes de enviarlos al proveedor
 - Todas las ventas son definitivas
5. **REFERENCIAS:** Si su plan de seguro requiere una referencia, la referencia debe ser presentada antes de ver a un médico. Si no tiene la referencia requerida, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita o tendrá que estar dispuesto a hacerse cargo de la totalidad del costo del examen. Se le presentará

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

una exención en la que reconoce su aceptación como autopago, y el pago deberá efectuarse en el momento del servicio.

6. **CHEQUES DEVUELTOS:** Todo pago efectuado mediante cheque que no se abone en nuestra cuenta bancaria dará lugar a una comisión por insuficiencia de fondos. Nuestra comisión por fondos insuficientes es de \$25 que se añadirá a su cuenta por cada cheque sin fondos.
7. **OTROS SEGUROS:** Entiendo que Delaware Eye Care Center participa con múltiples planes de seguro y que no todos los Doctores en la Práctica participan con todos los planes o productos dentro de los planes. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros que mi médico participa actualmente con mi plan. El abajo firmante acepta que estoy obligado individualmente a pagar la totalidad de los cargos de todos los servicios que me preste Delaware Eye Care Center si pertenezco a un plan con el que no participe Delaware Eye Care Center.
8. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que los contratos de Delaware Eye Care Center con planes de servicios de atención médica se refieren únicamente a artículos y servicios que están cubiertos por los planes de servicios de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta la plena responsabilidad financiera de todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. **Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son, entre otros, los servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de servicios de atención médica proporciona al paciente (es decir, refracción, adaptación de lentes de contacto) y tratamientos o pruebas no autorizados por el plan de servicios de atención médica.** El abajo firmante se compromete a cooperar con Delaware Eye Care Center para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.
9. **ACUERDO FINANCIERO:** Acepto que, a cambio de los servicios que me preste Delaware Eye Care Center, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré los arreglos financieros satisfactorios para Delaware Eye Care Center para el pago. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa y se envía a cobranza, se me puede cobrar hasta un 35% en concepto de gastos administrativos. Si la cuenta se envía a un abogado para que ayude en el cobro, acepto pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado. Cualquier beneficio de cualquier tipo en virtud de cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier otra parte responsable ante el paciente, se cede por la presente a Delaware Eye Care Center. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Delaware Eye Care Center. No obstante, queda entendido que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura. Además, entiendo y acepto que si hago caso omiso de las declaraciones de los intentos de cobrar las cantidades adeudadas, puedo tener mi capacidad para programar citas y / o recibir servicios futuros de Delaware Eye Care Center limitada incluyendo la posible expulsión como paciente de la práctica.
10. **ESTADOS DE CUENTA DEL PACIENTE:** En Delaware Eye Care Center, todas las cuentas son pagaderas en un plazo de 30 días tras recibir el primer estado de cuenta. El crédito se concede por cortesía, y los acuerdos se basarán en las necesidades demostradas. Los pagos mantienen su cuenta al día sólo cuando se ha llegado a un acuerdo. Llame al servicio de atención al cliente para hacer acuerdos de pago. Como consecuencia de los costos asociados al envío de estados de cuenta, Delaware Eye Care Center no envía estados de cuenta a los pacientes por saldos inferiores a \$20. Los resúmenes de facturación se suprimen hasta que el saldo del paciente asciende a \$20 o más de responsabilidad del paciente. En consecuencia, es posible que reciba un estado de cuenta mucho tiempo después de su última cita o que se le pida que pague pequeños saldos al presentarse a una cita sin haber recibido un estado de cuenta. Los pacientes deben remitir los pequeños saldos adeudados a Delaware Eye Care Center cuando reciban la explicación de beneficios de su seguro.

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

11. **DESPIDO DE PACIENTES:** Estoy de acuerdo y entiendo que Delaware Eye Care Center puede iniciar la separación y / o despido de mí como paciente de la práctica por cualquiera de las siguientes razones no exclusivas:

- (a) Comportamiento perturbador, agresivo, violento y/o amenazador hacia los médicos, el personal y/u otros pacientes;
- (b) Inasistencia reiterada a las citas programadas;
- (c) Incumplimiento de las instrucciones del médico y del tratamiento recomendado y/u otra erosión de la relación médico-paciente.
- (d) Impago de montos vencidos y/o falta de pago de montos vencidos según lo acordado en cualquier acuerdo de pago que haya suscrito con Delaware Eye Care Center. Tenga en cuenta que, a efectos de esta disposición, los pagos inferiores a la cantidad acordada en un acuerdo de pago se considerarán impagos.

Los pacientes que sean dados de baja de la consulta recibirán una notificación por escrito y dispondrán de 30 días para encontrar un centro oftalmológico alternativo. Se permitirán citas para visitas de emergencia durante los 30 días, pero el pago de una visita de emergencia se cobrará en el momento de la entrada y cualquier cantidad adicional que se deba se cobrará en el momento de la salida.

Los médicos y el personal de Delaware Eye Care Center agradecen su confianza al permitirnos participar en su atención oftalmológica.

Su firma indica que ha leído, entiende y acepta las políticas y procedimientos de responsabilidad financiera de nuestra oficina.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____

FECHA: _____ HORA: _____

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.