

Nombre: \_ \_ \_ \_ \_

N.ºExpediente: \_ \_ \_ \_ \_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por escoger Virginia Eye Institute (VEI) para la atención de sus necesidades médicas. El presente consentimiento y póliza financiera han sido desarrollados para responder sus preguntas acerca de la responsabilidad que tienen el paciente y el seguro por los servicios prestados. Es importante que entienda y cumpla nuestra póliza financiera para pacientes. Sírvase leer la siguiente póliza, hacerle al personal cualquier pregunta que tenga y firmar como se le indica. El original de este documento será archivado en su expediente, pero podremos facilitarle una copia si así lo solicita.

- **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Autorizo a Virginia Eye Institute a prestar tratamiento médico para mí o mi dependiente. Acepto que se realicen análisis de laboratorio de mi sangre o fluidos corporales en caso de que algún empleado haya estado expuesto a mi sangre o fluidos corporales. Acepto que se realicen análisis de laboratorio de mi sangre para detectar si tengo Hepatitis B o C y anticuerpos al VIH, y estoy de acuerdo con que se divulguen los resultados de estas pruebas a la persona que haya estado expuesta.

- **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Autorizo a Virginia Eye Institute a divulgar la información médica que sea necesaria a mi compañía de seguros, a sus agentes o a cualquier tercero pagador, a fin de que se determinen los beneficios pagaderos por estos servicios.

- **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Entiendo que soy responsable financieramente y acepto pagar todos los gastos que no hayan sido pagados o facturados al seguro o a cualquier otro tercero pagador. Entiendo que debo pagar todos los servicios prestados hoy mismo, a menos que mi seguro haya sido aceptado. También entiendo que si mi seguro es aceptado, tendré que pagar todos los copagos, coseguros y deducibles del seguro que correspondan hoy mismo. En caso de que usted no pueda verificar mi seguro al momento del servicio, pagaré el costo total de estos.

Entiendo que Virginia Eye Institute guardará mis reclamos del seguro por cortesía, sin embargo, soy responsable de pagar la totalidad de los gastos que no cubra(n) el(los) seguro(s) en última instancia. Si fuese necesario recurrir a procedimientos de cobranzas u otras acciones legales para cobrar una cuenta que no haya sido pagada, el paciente o el tercero responsable del paciente entiende que Virginia Eye Institute tiene derecho a divulgar información personal o de la deuda que sea relevante y necesaria a una agencia especializada en el cobro de deudas para cobrar el costo de los servicios. El paciente o el tercero responsable del paciente entiende y acepta pagar todas las cuotas inherentes al pago de la deuda y a los honorarios de un abogado que sean razonables, en una cantidad máxima de treinta y tres y un tercio por ciento (33 1/3%) del monto total de la deuda más los costos judiciales y las tarifas de presentación de la demanda. Entiendo y acepto que si hay un fallo a favor de la clínica relacionado con este acuerdo o cualquier deuda en la que se haya incurrido, pagaré uno y medio por ciento de interés (1 1/2%) al mes y dieciocho por ciento (18%) al año, a partir de la fecha en la que se haya dictado el fallo.

Entiendo que si el deducible no ha sido pagado al momento del servicio, tendré que hacer un depósito de \$150 al momento del servicio. Una vez que se le haya cobrado al seguro, cualquier cuenta por cobrar será mi responsabilidad.

Entiendo que soy responsable de todas mis consultas en caso de no tener seguro y que deberé pagar todos los costos inherentes a dichas consultas. Debo hacer un depósito de \$150 al llegar a la clínica y pagar cualquier monto adicional que deba al momento del registro de salida.

1. **PÓLIZA DE SEGURO:** su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de entregarle a nuestro personal de la clínica la información correcta del seguro al momento del servicio, o quizás tenga que ser responsable de pagar todos los gastos. Si su compañía de seguros no cumple con pagar los beneficios correspondientes a los servicios que haya prestado Virginia Eye Institute, es posible que usted tenga que ser responsable de pagar todos los cargos que hayan sido presentados a la compañía de seguros. Por esta razón, le recomendamos que se comunique con la compañía de seguros en caso de que el seguro no haya pagado su factura en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que se le haya prestado el servicio.
2. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** solicito que los beneficios autorizados de Medicare/Medicaid o del seguro privado que correspondan sean pagados directamente a Virginia Eye Institute para cubrir los servicios que hayan prestado los médicos y empleados de esta clínica.
3. **COPAGOS, DEDUCIBLES Y COSEGUROS:** se espera que los pacientes paguen AL MOMENTO DEL SERVICIO todos los gastos que no cubra su compañía de seguros. Estos pagos incluyen copagos, coseguros y deducibles. Los pagos podrán hacerse en efectivo, cheque o tarjeta de crédito (MasterCard, Visa, Discover o American Express).
  - a. Entiendo que si tengo un plan de seguro con un deducible alto y que si no he pagado el deducible, tendré que hacer un depósito de \$150 al momento del servicio. Una vez que se le haya cobrado al seguro, cualquier cuenta por cobrar será mi responsabilidad.
  - b. Es posible que se les pida a todos los pacientes que no puedan pagar los copagos o costos no cubiertos por el seguro al momento del servicio que re-agenden sus consultas para otro día.
4. **REFRACCIÓN:** la refracción es la medida del error en el enfoque de un ojo. Determina los lentes que enfocarán mejor la luz que entra en el ojo. Los resultados de una refracción se utilizan para: (a) determinar la salud y potencial visual de un ojo; (b) contribuir con la realización de pruebas como la de campos visuales; y (c) prescribir anteojos de montura o lentes de contacto.
  - a. La mayoría de las compañías de seguros consideran que la refracción no es un servicio médico y, por ende, no es un servicio que por lo general cubran las compañías de seguros. **El costo de la REFRACCIÓN es de \$40.00** y debe ser pagado al momento del servicio si ha sido parte del examen del paciente.
5. **REFERENCIA:** es posible que las compañías de seguros les pidan a algunos pacientes que consigan una "referencia" de su doctor primario para que los autoricen a que acudan con un especialista de Virginia Eye Institute. Es responsabilidad del paciente obtener este documento de referencia y asegurarse de que Virginia Eye Institute haya sido informado sobre esto antes de la

- a. Si un paciente llega a Virginia Eye Institute sin el documento de referencia, se le pedirá que firme una exención en la que aceptará pagar todos los cargos generados a su consulta en caso de que no obtenga la remisión para no tener que hacer el pago de su bolsillo. Se espera que el paciente también **haga un depósito de \$150.00** al momento de registrarse para cubrir la consulta médica y cualquier gasto adicional al final de la consulta.
  - b. Si resulta que finalmente la remisión es recibida y el seguro paga, se le hará un reembolso al paciente por el monto que haya cubierto el seguro.
  - c. Los pacientes deben considerar que muchos consultorios no proveen remisiones retroactivas.
  - d. Es posible que se les pida a los pacientes que lleguen sin la remisión requerida, que se nieguen a firmar la exención y que no puedan **hacer el depósito de por lo menos \$150**, que programen sus consultas para otro día.
6. **PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:** se espera que los pacientes que pagan por cuenta propia (p. ej., pacientes sin seguro médico) paguen **\$150.00 de depósito** al momento del registro para cubrir la consulta y cualquier gasto adicional al final de la consulta. Se espera el pago completo el día del servicio. Es posible que la persona que haya pagado los gastos adicionales, al final de la consulta, reciba un descuento por haber pagado de inmediato, si todos los servicios han sido pagados completamente el día del servicio. Es posible que ocurran situaciones en las que los médicos todavía no hayan documentado los servicios prestados al paciente al momento del registro de salida. Si esto ocurre, la clínica le cobrará al paciente cualquier balance que haya quedado por pagar.
7. **CUENTAS PENDIENTES:** los pacientes que tengan cuentas pendientes de consultas médicas o procedimientos quirúrgicos anteriores también tendrán que pagar el **50%** de cualquier cuenta pendiente al momento de la nueva consulta. Es posible que se les pida a los pacientes que no puedan pagar el **50%** de cualquier cuenta pendiente que re-agenden su consulta para otro día. Las excepciones al pago del **50%** solo serán posibles si pasan por la aprobación de la Oficina de Negocios, el Representante Principal de Atención al Paciente (Supervisor), el Director Adjunto de Gestión del Ciclo de Ingresos o el Director de Gestión del Ciclo de Ingresos.
8. **TASAS DE COBRO:** es posible que las cuentas de pacientes que no hayan sido pagadas por el paciente o el seguro en un plazo de 90 días o más desde la consulta sean puestas a la orden de una agencia de cobranzas o de un abogado para que cobre la deuda. El paciente acepta pagar los gastos, entre los cuales quizás se incluyan los honorarios razonables de un abogado, los costos judiciales u otros gastos razonables de los esfuerzos de cobranza, además del balance de la deuda.
9. **OFICINA DE FACTURACIÓN:** se les pedirá a los pacientes que tengan dificultad para pagar las cuentas pendientes que se comuniquen con un Representante de Cuentas Pendientes de VEI, al teléfono (804) 287-4213, a fin de establecer un plan de pago que sea justo y apropiado. Es posible que, en estas circunstancias, se les pida a los pacientes que suministren información financiera de sus ingresos, la cual VEI podrá utilizar para determinar la cantidad mensual que sea justo y apropiado.
10. **INASISTENCIA A LAS CONSULTAS MÉDICAS:** por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo la fecha de las consultas que haya programado. En caso de que no pueda asistir a la consulta, notifíquelo con 24 horas de anticipación. No notificar con 24 horas de anticipación la cancelación de la consulta resultará en un cargo de **\$50** por no haber asistido a la cita.

**INASISTENCIA A LAS CONSULTAS QUIRÚRGICAS:** los pacientes que no hayan asistido a las cirugías programadas (lo que incluye procedimientos con láser) o que no hayan notificado en el consultorio su inasistencia con 7 días de anticipación (si la cirugía/el láser ha sido programado para un lunes, deberá ser cancelado el lunes anterior) a la fecha programada de la cirugía, serán sujetos a un pago de \$150.00 por "no presentarse".

**INASISTENCIA A LAS CONSULTAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LOS OJOS:** los pacientes que no hayan asistido a las cirugías programadas (lo que incluye procedimientos con láser) o que no hayan notificado en el consultorio su inasistencia con 14 días de anticipación (si la cirugía/el láser ha sido programado para un lunes, deberá ser cancelado dos lunes antes) a la fecha programada de la cirugía, serán sujetos a un pago de \$150.00 por "no presentarse".

*ESTOS CARGOS SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y NO SE COBRARÁN A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.*

11. **CHEQUES DEVUELTOS:** se agrega una comisión de \$35 a su cuenta por cualquier cheque devuelto a nuestro banco que no haya podido ser procesado por cualquier razón.

**He leído y entiendo el Consentimiento para tratamiento y la póliza financiera de la clínica y estoy de acuerdo** con sus términos. También entiendo y **estoy de acuerdo** con que dichos términos pueden ser modificados por la clínica cada cierto tiempo. Una copia de la autorización tendrá la misma validez que la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o fiador, si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor, escriba en letra de molde el nombre del paciente

