

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN:

ESTE AVISO DESCRIBE NUESTRAS PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN, POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

En Milauskas Eye Institute, usted puede esperar recibir servicios médicos de manera profesional y cuidadosa. Nos comprometemos a proporcionarle el más alto nivel de servicio y atención de calidad. A cambio, es su responsabilidad proporcionar la información de su seguro. Por favor, tenga a mano su identificación con foto e información actual del seguro en su visita, para asegurar que su reclamación pueda ser procesada con prontitud.

1. **CITAS:** Le pedimos que mantenga las citas programadas y que llegue a la hora indicada. Si no puede acudir a su cita, por favor avise con al menos 48 horas de antelación. [La cancelación de menos de 24 horas antes de su cita, o la no presentación a la misma, resultará en un cargo de \$25 por paciente.] Nos reservamos el derecho de no hacer citas de rutina adicionales para usted si tiene algún saldo remanente por tratamientos anteriores que haya recibido en nuestras oficinas.

2. **CO-PAGOS:** Según su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier co-pago (una pequeña cantidad fija exigida por su aseguradora médica), deducible (cantidad que usted debe pagar antes de que su aseguradora médica haga el pago) o coaseguro (porcentaje del costo total de los gastos médicos después de alcanzar su deducible) que se deba pagar en el momento de la prestación del servicio. Si usted no puede pagar el co-pago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o reprogramar su cita a una hora en la que esté dispuesto a pagar su co-pago. Además, si su cita se mantiene sin el pago del co-pago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de imponer un cargo administrativo de \$10 a su cuenta para sufragar el costo de asegurar el co-pago.

3. **RECAMBIOS/FORMULARIOS DE RECETAS:** Por favor, solicite cualquier reposición de recetas y presente cualquier formulario que deba ser completado al comienzo de su examinación. En ese momento, tenemos acceso total a su registro completo y podemos cumplir con su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar la cantidad permitida por el estado para llenar y completar los formularios o solicitudes de abogados para sus diversas necesidades (es decir, SSI, discapacidad, etc.).

4. **REMISIONES:** Si su plan de seguro requiere una remisión, ésta debe presentarse antes de ver a un médico. Si no tiene la remisión requerida, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita o tendrá que estar dispuesto a hacerse cargo del costo total del examen.

5. **CHEQUES DEVUELTOS:** Cualquier pago hecho con cheque que no se abone en nuestra cuenta bancaria resultará en un cargo por insuficiencia de fondos. Nuestro cargo por insuficiencia de fondos es de \$25 y se añadirá a su cuenta por cada cheque rebotado.

6. **OTRO SEGURO:** Yo entiendo que Milauskas Eye Institute participa con múltiples planes de seguro y que no todos los Médicos en la Práctica participan con todos los planes o productos dentro de los planes. Yo entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros que mi médico participa actualmente con mi plan. El abajo firmante está de acuerdo en que estoy obligado individualmente a pagar el total de los cargos de todos los servicios que me preste Milauskas Eye Institute si pertenezco a un plan con el que Milauskas Eye Institute no participa.

7. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Yo entiendo que Milauskas Eye Institute contrata con planes de servicios de atención médica relacionados solo con 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 de la salud determinen que no están cubiertos. **Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, los servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención de la salud o en el resumen de beneficios que el plan de servicios del plan de atención de la salud proporciona al paciente (es decir, refracción, adaptación de lentes de contacto) y el tratamiento o las pruebas no autorizadas por el plan de servicios de atención de la salud.** El abajo firmante acepta cooperar con Milauskas Eye Institute para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de salud.

8. ACUERDO FINANCIERO: Estoy de acuerdo en que, a cambio de los servicios prestados por Milauskas Eye Institute, pagaré mi cuenta en el momento de la prestación del servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Milauskas Eye Institute, para el pago. Entiendo y acepto que si mi cuenta está en mora, se me puede cobrar un interés del 1,5% (uno y medio por ciento) por mes, 18% (dieciocho por ciento) por año. Si se envía una cuenta a un abogado para su cobro, me comprometo a pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado del 33,3% (treinta y tres y un tercio) del saldo adeudado, se presente o no una demanda. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier otra parte responsable del paciente, se asigna por la presente a Milauskas Eye Institute. Si los co-pagos y/o deducibles son designados por mi compañía de seguros o plan de salud, me comprometo a pagarlos a Milauskas Eye Institute. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura.

Los médicos y el personal de Milauskas Eye Institute aprecian su confianza al permitirnos participar en su cuidado de los ojos.

Su firma indica que ha leído, entendido y está de acuerdo con las políticas y procedimientos de responsabilidad financiera de nuestra oficina.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____ HORA: _____