

**Tozer Lee Eye Center**  
9811 N. 95th St. STE# 101  
Scottsdale, AZ. 85258  
480-947-4493

### **Políticas del consultorio y acuerdo financiero**

Gracias por elegir Tozer Lee Eye Center para sus necesidades médicas y de cuidado de los ojos. Agradecemos que nos haya confiado su atención y estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Debido a que los beneficios de atención médica y las opciones de cobertura se han vuelto cada vez más complejos, hemos desarrollado esta política financiera para ayudarlo a comprender mejor sus derechos y responsabilidades como paciente.

#### **Cobertura de seguro**

Por favor, proporcíonenos la información actual de su seguro en el momento de programar cada visita y notifíquenos de inmediato cualquier cambio. Debemos poder verificar su elegibilidad para el seguro antes de su visita o es posible que sea necesario reprogramar su cita. Además, si no nos informa de un cambio en el seguro, es posible que se superen los límites de tiempo permitidos presentar un reclamo de seguro, lo que resultaría en que usted sea responsable de todos los cargos. Escanearemos una copia de su tarjeta de seguro y una identificación con foto para copiarla y guardarla en nuestros registros de acuerdo con los requisitos del plan del seguro.

**Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro médico. Tenga en cuenta que es su responsabilidad como titular de la póliza/paciente comprender la cobertura y los beneficios y estar al tanto de los deducibles, copagos y/o coseguros.**

**Es responsabilidad del paciente asegurarse de que sus médicos estén dentro de la red de su plan específico y que todos los servicios prestados estén cubiertos por su plan.** Si su médico está fuera de la red, deberá pagar más de su bolsillo. Si tiene alguna pregunta sobre su póliza de seguro y beneficios actuales, comuníquese con el departamento de servicios para miembros de su plan.

#### **Cambios de dirección/número de teléfono**

Es importante que tengamos su dirección y número de teléfono correctos en el archivo. Por favor, avísenos cada vez que haya un cambio en su información. Si no informa la actualización a nuestro consultorio podría retrasar el proceso de facturación en su cuenta y hacer que se le cobre si las reclamaciones no se presentan de manera oportuna.

#### **Pacientes de Medicare**

Es posible que Medicare no cubra algunos de los servicios que recomienda su médico. Se le pedirá que firme un formulario ABN de Medicare por separado si sospechamos que un servicio o procedimiento pudiera no estar cubierto.

#### **Pago por cuenta propia**

Los pacientes que pagan por cuenta propia son aquellos pacientes que no tienen cobertura de seguro o que reciben un servicio que no está cubierto por su plan de seguro. Los pacientes que pagan por su cuenta deben pagar cualquier cargo en el momento del servicio. Las tarifas de pago por cuenta propia dependen del procedimiento o servicio que se realice.

#### **Pagos**

Todos los copagos y saldos vencidos vencen en el momento del servicio. Además, podemos cobrar una parte de su deducible si no se han cubierto. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito para el pago.

Le facturaremos a su plan de seguro por los procedimientos cubiertos. Una vez que hayan pagado su parte en función de su cobertura y beneficios, recibirá una factura por cualquier monto restante del deducible o coseguro adeudado. El saldo debe pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Si no lo hace, puede generarse un cobro adicional, que podría incluir una remisión a una agencia de cobro externa y/o la imposibilidad de programar más citas. Si no puede pagar el monto total dentro de los 30 días, llame y hable con un gerente.

### **Honorarios no médicos**

Se cobrará una tarifa de \$30 en todos los cheques devueltos.

### **Registros Médicos y Formularios Médicos**

No cobramos por las solicitudes de registros médicos. Si necesita una copia de sus registros médicos, complete un formulario de divulgación para autorizar la divulgación de registros y designar un destinatario. También tendrá acceso a sus registros registrándose en nuestro portal para pacientes. A través del portal podrá estar en contacto con nosotros y con su médico siempre que lo necesite. Si necesita ayuda para registrarse, no dude en pedir asistencia a nuestro personal de recepción.

### **Citas perdidas / Cancelaciones**

Visitas al consultorio: La política de nuestro consultorio es requerir un aviso previo de al menos 24 horas para cancelar las citas reservadas. Si no se proporciona el aviso adecuado, se puede cobrar un cargo por cita perdida de \$25.00. Esta tarifa se aplicará por cada falta de asistencia o cancelación tardía.

Visitas quirúrgicas: nuestra política de oficina es requerir un aviso con al menos 48 horas de anticipación para cancelar las citas quirúrgicas reservadas. No proporcionar un aviso adecuado puede resultar en una tarifa de cita perdida de \$250.00. Esta tarifa es por incidente por no presentarse o cancelaciones tardías. Si el médico o el consultorio cancelan alguna cita por necesidad médica, el paciente no está sujeto a este cargo. Las denegaciones de autorización de seguro también son una exención de las tasas.

“Ausencia” significará cualquier paciente que no llegue a una cita programada. “Cancelación el mismo día/tarde” se referirá a cualquier paciente que cancele una cita menos de 24 a 48 horas antes de su cita programada. Estos honorarios no están cubiertos por el seguro y, por lo tanto, son responsabilidad exclusiva del paciente.

### **Cesión de beneficios**

Por la presente cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y solicito a mi seguro que emita el pago directamente a Tozer\*Lee Eye Center por los servicios médicos prestados para mí y/o mis dependientes.

**He leído y entiendo estas políticas y procedimientos y que la Clínica requiere mi firma y acepto estar sujeto a sus términos y condiciones. Entiendo que puedo pedir una copia de esta política que firmé. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la Clínica anualmente.**

\_\_\_\_\_  
Nombre legal impreso del paciente/tutor o responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor o responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma