

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE DE POLIZAS EL PAGO SE DEBE EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DEL SERVICIO

For office use only:

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Usted asigna todos los beneficios médicos a DuPage Optical. Usted también autoriza a DuPage Optical a liberar toda la información necesaria (incluyendo copias de expedientes médicos) para garantizar el pago (vea el aviso de prácticas privadas). Usted está de acuerdo que si la aseguranza le paga a usted directamente, ese pago monetario en realidad se debe a DuPage Optical y es responsabilidad del paciente.

### INFORMACIÓN DE FACTURA:

Como cortesía, Dupage Optical somete las reclamaciones directamente a su aseguransa medica o plan de visión en la mayoría de los casos. Es su responsabilidad verificar sus beneficios y la cobertura de proveedores. Si tiene alguna pregunta sobre sus Beneficios, porfavor contacte a su plan medico o de visión directamente. Balance no pagados por su aseguranza se deben 30 días después de la factura. Si su cuenta permance sin pagar, se aplicaran \$25 de recargo y mandaremos su cuenta a colección. Una vez mandada a colección, mandaremos su cuenta a la agencia de crédito. Dupage Optical reserva el derecho a suspender el tratamiento del paciente si su cuenta no esta en buenos términos. Es su responsabilidad proveer a Dupage Optical con información correcta incluyendo aseguranza, pre-certificaciones, persona responsable, fecha de lesión, tipo de accidente, poliza, y números de grupo, etc. Si la información cambiara, es su responsabilidad actualizar la información de manera oportuna. Si nos provee con información incorrecta, el balance de la ultima cita será su responsabilidad. Dupage optical no se encargara de someter nuevas reclamaciones, apelar u otro trata con la aseguranza nueva.

### MÉTODOS DE PAGO:

DuPage Optical acepta tarjetas de crédito, debito, Care Credit, y cheques personales como forma de pago. Habrá un cargo de \$30 por cualquier cheque que sea rechazado por su banco. Cheques deben ser escritos a DuPage Optical.

### POLIZA DE REEMBOLSO:

**Reembolos de accesorios oculares-** No hay reembolso de accesorios oculares.

**Cambios echos por el doctor-** Lentes serán reechos hasta 90 días desde el dia original del recibo sin costo al paciente y a 50% del costo original si son mas de 90 días.

**Lentes de contacto-** No hay reembolso de lentes de contacto personalizados.

**Lentes de contact cerrados-** Reembolso completo si no están abiertos o expirados.

### CUOTA POR CITAS PERDIDAS:

Un costo de \$40 será cobrado por citas pérdidas o citas canceladas con menos de 24 horas de aviso. Esa cuota se debe pagar antes que se haga una cita nueva o antes que se provén servicios. Esta cuota no será cobrada ni pagada por su aseguranza. Pacientes con más de 3 citas perdidas no podrán hacer cita nueva sin un depósito de \$40, que será aplicado al momento de hacer la cita nueva. Nosotros entendemos que emergencias ocurren y trataremos de hacer acuerdos razonables. Si la cita puede ser reemplazada en la misma semana con la que fue perdida, el balance de \$40 será cancelado.

### FORMA DE CONFIDELIDAD:

Usted entiende que si esta cuenta es enviada a un abogado, una agencia de colección o si su balance es reportado a una agencia de crédito; el hecho que usted recibió servicios/tratamientos en nuestra oficina, puede convertirse en asunto de interés público.

Eh sido informado/a sobre mi responsabilidad financiero y estoy de acuerdo con los términos y condiciones en esta forma. Yo entiendo que la póliza de mi aseguranza medica es un arreglo entre la aseguranza y yo mismo/a. En ese caso es MI RESPONSABILIDAD de cuestionar a mi aseguranza sobre atrasos y rechazos de cobertura, procedimientos incorrectos de reclamos por parte de mi compañía de aseguranza, al igual que cualquier requisito que pueda incluir cobertura de mi póliza de aseguranza. (i.e. Pre-Certificaciones, status dentro de la red, co-aseguranzas y deducibles)

Nombre de Paciente (imprima): \_\_\_\_\_

Persona Responsable (imprima): \_\_\_\_\_

Paciente (Representante) Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

For office use only:

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de la familia, como su pareja, padres u otros, llamar y solicitar información médica o de facturación. Bajo los requisitos de HIPAA no estamos autorizados a dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o de facturación se publique a los miembros de la familia, debe firmar este formulario. La firma de este formulario solo dará información a los miembros de la familia indicados a continuación. DuPage Optical revelera mi información médica y / o de facturación a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Información para el paciente Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica protegida que se revelará. Entiendo que la información revelada a cualquier destinatario anterior ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario anterior. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_