

**Asignación de beneficios, financieros  
Acuerdo, consentimiento para el tratamiento,  
Consentimiento para la comunicación y HIPAA  
Reconocimiento**



Nombre del paciente: _____ DOB: _____ Gráfico #: _____
---

**Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica para el procesamiento del Seguro**

Por la presente certifico que la información del seguro que he proporcionado es precisa, completa y actual y que no tengo otra cobertura de seguro. Cedo mi derecho a recibir el pago de los beneficios autorizados por cualquiera de mis compañías de seguros al proveedor que presta los servicios o suministros que se me proporcionan. Autorizo a Metrolina Eye Associates (a partir de este momento, identificado como MEA) a presentar una apelación en mi nombre por cualquier denegación de pago y / o determinación adversa de beneficios relacionada con los servicios y la atención brindados. Si mi compañía de seguros no paga a MEA directamente, acepto enviar todos los pagos de seguro que reciba por los servicios / suministros prestados por MEA. Autorizo a MEA o a cualquier poseedor de información médica sobre mí, a divulgar información a mi proveedor de seguro médico según sea necesario para determinar los beneficios o el pago de beneficios / servicios.

**Garantía de pago**

**Seguro de presentación y pago propio:** Entiendo que MEA presentará reclamaciones por servicios / suministros prestados en mi nombre a mi compañía de seguros, dado que es un proveedor participante contratado para presentar dichas reclamaciones. Entiendo que MEA me facturará la parte restante de mi saldo incurrido, si lo hubiera, una vez que se hayan presentado y pagado todas las reclamaciones del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio / suministro no cubierto por el seguro por cualquier motivo, incluidos, entre otros, los siguientes: Deducible, copago, coseguro o servicios que no sean médicamente necesarios. Entiendo que si existe un conocimiento previo de estas tarifas en el momento de los servicios / suministros, se espera que dichas tarifas se paguen antes de que se presten los servicios / suministros. Si la información del seguro que proporciono a MEA es inexacta o no es efectiva en el momento del servicio, seré responsable del pago total. Entiendo que si no tengo cobertura de seguro para los servicios / suministros prestados, se me considerará como pago por cuenta propia y seré totalmente responsable de los servicios / suministros prestados. Entiendo y acepto que se espera el pago por adelantado de dichos servicios / suministros antes de que se presten los servicios / suministros. El pago en exceso se reembolsará mediante cheque aparte de la fecha del servicio. El pago insuficiente debe ser satisfecho antes de la salida en la fecha del servicio.

**Saldos de cuenta:**

Después de que se hayan procesado y / o pagado las reclamaciones de seguros, cualquier saldo restante es mi responsabilidad y se pagará en su totalidad dentro del plazo reflejado en el estado de cuenta de MEA. Todos los saldos pendientes deben ser satisfechos para que se presten los servicios / suministros continuos, a menos que se haya acordado un plan de pago aprobado entre MEA y yo y yo lo mantenga de acuerdo con los términos del acuerdo. Los cargos por cheques devueltos o la denegación de fondos insuficientes para los pagos hechos a MEA resultarán en un cargo adicional de \$ 35 que se cobrará a mi cuenta y se espera que se pague en su totalidad junto con los cargos de la cuenta ya incurridos dentro de los diez días calendario posteriores a la notificación de este hecho . Una situación como tal también resultará en que los únicos métodos de pago que acepte de mi parte en el futuro serán en efectivo, orden de pago o tarjeta de crédito.

**Refracciones:** una refracción es la prueba que se realiza para determinar la potencia de la lente correctiva necesaria para proporcionar la mejor agudeza visual corregida. Sin embargo, esta prueba no está

cubierta por la mayoría de las compañías de seguros y se recopilará en su totalidad cuando este servicio / prueba se realice y se utilice para la compra de lentes correctivos. Entiendo que la tarifa actual para esta prueba es de \$ 59, soy totalmente responsable de esta tarifa y puedo cambiar en cualquier momento, sin previo aviso. Además, entiendo que la falta de pago de las deudas pendientes resultará en acciones de cobro.

### **Consentimiento para el tratamiento**

Como paciente de MEA, doy voluntariamente mi consentimiento para la prestación de la atención y el tratamiento que los proveedores y el personal de MEA, a su juicio profesional, consideren necesarios para mi salud y necesidades oftálmicas. Se acordará y recopilará el consentimiento informado para los servicios fuera del examen médico o de la vista, las pruebas de diagnóstico y los servicios habituales prestados. Si cualquiera de las partes, yo mismo o MEA solicita una visita de telesalud (“visita virtual”), por la presente doy mi consentimiento para participar en dicha visita de telesalud y su registro en mi expediente médico electrónico. Además, doy mi consentimiento para que estos servicios se presenten a mi compañía de seguros, si corresponde, o que dichos costos serían mi responsabilidad.

### **Consentimiento para llamar, enviar por correo electrónico y / o enviar mensajes de texto**

Entiendo y acepto que MEA puede comunicarse conmigo mediante llamadas automáticas, llamadas de persona a persona, correos electrónicos y / o mensajes de texto enviados a los números de teléfono que me proporcioné. Estas comunicaciones pueden notificarme acerca de la información de las próximas citas, los resultados de las pruebas, las recomendaciones de tratamiento, los detalles de los medicamentos, los saldos pendientes o cualquier otra comunicación de MEA. Entiendo la importancia de la atención continua y la comunicación que este consentimiento proporcionará para mí y para mi proveedor de atención oftalmológica. Si opto por excluirme de los métodos de comunicación, debo informar al personal de MEA de dicha decisión.

### **HIPAA**

Entiendo que el Aviso / Política de privacidad impresa de MEA está disponible en cualquier momento si lo solicito a cualquier miembro del personal de MEA. Además, los contactos de HIPAA que figuran en mi cuenta, proporcionados por mí, son las únicas personas que tienen permiso para ser informados sobre la información de mi cuenta, los detalles de la tabla o la información del tratamiento, además de la política de Asignación de Beneficios antes mencionada con respecto a la presentación de seguros. Las notificaciones verbales y escritas de mis contactos elegidos aprobados por la HIPAA se enumeran a continuación y deben incluirse en mi expediente médico electrónico:

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono (opcional)</b>

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este documento. El personal de Metrolina Eye Associates (MEA) respondió y me explicó las preguntas, si las hubo.

---

Firma del paciente o padre / tutor legal / representante autorizado

---

Relación con la/el paciente (si corresponde)

---

Testigo de firma (miembro del personal de MEA)

---

Fecha de firma