

Ophthalmology

1305 York Avenue
New York, NY 10021

Telephone: 646-962-2020

Fax: 646-962-0600

www.weillcornelleye.org

Aviso de Servicios de refracción no cubiertos

LENTE O LENTES DE CONTACTO DE LA PRESCRIPCIÓN (refracción)

Estimado paciente,

Gracias por elegirnos como sus especialistas de la salud y de la visión. Durante su visita una refracción se puede realizar para obtener la determinación óptica más adecuada. Una refracción es una parte necesaria del examen si una prescripción de anteojos o lentes de contacto se publicará. Además, la refracción puede ayudar a determinar si otros tratamientos médicos, ópticos o quirúrgicos pueden estar indicados. Queremos estar seguros de notificarle con antelación que la mayoría de las compañías de seguros de salud han determinado que este servicio no es parte de sus pólizas de planes médicos y, por lo tanto, **no es un servicio cubierto**. Si no está consciente de la póliza específica de su plan médico, le animamos a contactar su compañía de seguro médico directamente. Sin embargo, el pago para toda refracción está esperado al tiempo de servicio.

Inic. _____

Si usted desea recibir una receta para anteojos hoy se le cobrará la tarifa estándar de **\$75.00** que se recoge a su salida. En raras circunstancias, una refracción es una parte requerida de su examen para determinar si otros tratamientos son necesarios. Una vez realizado, se le pedirá que pague esta cuota de **\$75** en el registro de salida. Tenga en cuenta que la determinación de su receta puede alargar su visita. De vez en cuando, un plan de seguro puede cubrir una receta de anteojos/refracción, aunque esto es poco frecuente y muy variable. Si esto ocurre, le reembolsaremos rápidamente su pago a través de un cheque enviado por correo a su domicilio.

Inic. _____

Nota especial a los nuevos pacientes: Si nunca ha sido examinado por un proveedor de Weill Cornell Eye Associates, es obligatorio obtener un examen completo además de la refracción. El examen completo se puede renunciar si recientemente ha sido examinado por un proveedor externo y puede proporcionar la documentación clínica adecuada. Este servicio está asociado con cargos adicionales. (Tenga en cuenta que no todos nuestros proveedores participan con los mismos planes; asegúrese de preguntar a cualquier empleado en la recepción acerca de su plan de seguro y cómo esto puede afectar sus responsabilidades financieras). Inic. _____

Nota especial a TODOS nuestros pacientes: Las refracciones **NO SON REEMBOLSABLES**. Cualquier receta de anteojos debe ser completada lo más pronto posible. Si tiene alguna cuestión en cuanto a su receta como resultado de una discrepancia con su refracción, tenemos que ser notificados dentro de 60 días de la fecha de servicio. Inic. _____

Si usted está interesado en una receta de lentes de contacto o una evaluación usted será referido a nuestro especialista en lentes de contacto (optometrista) en un día diferente. Para obtener más información acerca de los cargos asociados con una evaluación de lentes de contacto, por favor lea la segunda página de este aviso.

Por favor firme y comprobar el reconocimiento a continuación:

He leído la información anterior y entiendo lo siguiente:

- La receta de anteojos / refracción son servicios no cubiertos y se asocian con una cuota de auto-pago de \$ 75.00.
- Si es una parte necesaria de mi examen, vamos a realizar la refracción y se le pedirá que pague la cuota de auto-pago de \$ 75 en el registro de salida.
- La determinación de mi receta puede alargar mi visita para un examen más largo que de costumbre.

____ Sí, estoy interesado en lentes de contacto y me gustaría una nueva o actualizada receta. Si marcó esta casilla usted será referido a nuestro especialista en lentes de contacto.

Imprimir Nombre: _____ La fecha de hoy: _____

Firma: _____

GRACIAS POR ELEGIR WEILL CORNELL MEDICINE OPHTHALMOLOGY COMO SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LOS OJOS!

Ophthalmology

1305 York Avenue
New York, NY 10021

Telephone: 646-962-2020
Fax: 646-962-0600
www.weillcornelleye.org

ACUERDO DE POLÍTZA FINANCIERA

Nos gustaría darle las gracias por haber elegido Weill Cornell Eye Associates como su proveedor de atención médica. Consideramos que es un honor y un privilegio participar en su cuidado.

La comprensión de sus responsabilidades y las expectativas financieras le ahorrará preocupaciones y estrés más tarde. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, por favor pida hablar con un miembro de nuestro personal de facturación, sea por teléfono (646-962-2020) o en persona.

Es importante que usted lea esta política cuidadosamente antes de recibir tratamiento. El pago se requiere al tiempo que servicios son realizados. Esto incluye coseguro correspondiente, deducibles y copagos de las compañías de seguros participantes, así como el pago de todos los servicios no cubiertos por el seguro. **Ejemplos de los servicios no cubiertos conocidos incluyen refracciones (las recetas de anteojos y lentes de contacto), así como lentes con prisma.** Nuestra práctica acepta pagos en efectivo, cheques, tarjetas de débito y, para su comodidad, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Inic. _____

La ley nos obliga a recoger el copago y deducible.

El Health Care Financing Administration (la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud, también conocido como HCFA) es la agencia del gobierno federal responsable por establecer las políticas y por la supervisión de los programas de Medicare y Medicaid. HCFA ha ordenado que los médicos y otros proveedores de atención de salud deben recoger co-pagos, deducibles y co-seguros. Esto es reforzado por la Oficina del inspector General (OIG). Inic. _____

Póliza de tarifa de procesamiento de copago

Los copagos se deben al momento del servicio. Si desea que le facturemos (o si los copagos no son pagados al momento del servicio), se le cobrará una tarifa de procesamiento de \$10. Inic. _____

Cancelación de 24 horas y póliza de "No Show" ("cita perdida sin aviso")

Cada vez que un paciente pierde una cita sin proporcionar la notificación adecuada, se impide que otro paciente reciba atención médica. Por lo tanto, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$75 por cada cita perdida ("no show" o "cita perdida sin aviso") y citas que, a falta de una razón convincente, no se cancelan con un aviso de 24 horas de anticipación. Inic. _____

Entendemos que las cosas suceden y los problemas financieros pueden afectar su capacidad para pagar la factura en su totalidad. Siempre vamos a hacer todo lo posible para trabajar con usted. Sin embargo, le pedimos que se ponga en contacto con nosotros tan pronto como sea posible para llegar a un arreglo que sea satisfactorio para todos.

Apreciamos su fe y confianza en nosotros y agradecemos la oportunidad de servir sus necesidades de salud.

Asignación y liberación: Yo autorizo el pago directo al Departamento de Weill Cornell Medicine Ophthalmology y totalmente entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por mí o mis dependientes en este establecimiento. También autorizo la liberación de cualquier y toda información necesaria para recoger y procesar mis reclamos.

El negarse a firmar y/o poner sus iniciales en este documento NO elimina su responsabilidad financiera y/u obligaciones con respecto a su contenido.

Imprimir Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

GRACIAS POR ELEGIR WEILL CORNELL MEDICINE OPHTHALMOLOGY COMO SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LOS OJOS!

Ophthalmology

1305 York Avenue
New York, NY 10021

Telephone: 646-962-2020
Fax: 646-962-0600
www.weillcornelleye.org

*Si tiene Medicaid o un Plan de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care Plan),
Complete este formulario*

Formulario de exención de Medicaid para servicios de Refracción y lente Prismática

Nombre De Paciente: _____

MRN Number: _____

Plan de Seguro Médico: _____

Entiendo que el proveedor de servicio puede ser requerido para realizar una **refracción** y / o distribuir **lente prismática/s** para obtener la determinación óptica más adecuada. Una refracción puede ser una parte requerida de mi examen para determinar si son necesarios otros tratamientos. Una lente prismática puede ser necesaria para corregir las anomalías de la visión y ayudar en mis ojos a trabajar juntos.

Acepto voluntariamente y doy mi consentimiento para someterme a los servicios y/o manejo de lentes, como paciente privado pagado. Acepto renunciar a mis beneficios de Medicaid y/o Medicaid Managed Care Plan por servicios de refracción y/o lente prismática durante el período de mi atención con Weill Cornell Ophthalmology. Seré responsable de pagar la tarifa de **refracción** y/o **lente Prismática** en el momento del servicio o cualquier refracción y/o saldos de lentes Prism acumulados a partir de entonces.

- **Refracción (92015) - (Determinación del estado refractivo) para la prescripción requerida para anteojos o lentes de contacto - \$75**
- **Lente Prismática (V2718) – Press-on lens, Fresnel Prism, por lente - \$75**

Fecha de Servicios Previstos: _____

Entiendo que la tarifa de refracción de \$75 y/o la tarifa de \$75 lentes Prismática es mi responsabilidad y se espera que pague esta cantidad hoy, antes de concluir esta visita (inicial) _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Ophthalmology

1305 York Avenue
New York, NY 10021

Telephone: 646-962-2020
Fax: 646-962-0600
www.weillcornelleye.org

Si tiene un HMO Plan, por favor complete este formulario
Formulario de Exención de Referencia de HMO Insurance

Nombre del Paciente: _____

Medical Record Number (MRN): _____

Seguro: _____

Fecha de Servicio: _____

“Entiendo que los servicios proporcionados por el Departamento de Weill Cornell Eye Associates no son elegibles para el reembolso de mi HMO Health plan sin una referencia válida de mi proveedor de atención primaria.”

Acepto voluntariamente y doy mi consentimiento para someterme a los servicios, como paciente privado que paga. Acepto renunciar a mis beneficios en la red Managed Care Plan durante el período de mi cuidado con Weill Cornell Eye Associates. Seré responsable de pagar todos los servicios que reciba en el momento del servicio o cualquier saldo acumulado a partir de entonces. El proveedor solo presentará una reclamación a mi HMO Managed Care Plan en caso de que pueda obtener una referencia válida requerida de manera oportuna con la información de referencia correcta, tales como; **fecha correcta del servicio, número de autorización de seguro, proveedor de facturación correcto y número de visitas.**

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____