



Grafico# _____

Bienvenido a TEXAS EYE INSTITUTE. Por favor de completar toda la información a continuación.
COMO DESCUBRISTES DE TEXAS EYE INSTITUTE?

Papeles Amarillos ☐ Anuncio (Periodico, Cartelera, Correo) ☐ Paciente ☐

Médico ☐ Optometrista ☐ Internet ☐ Otro _____

Si fue referido por su doctor, Por favor de proveer su nombre y dirección:

Nombre del medico de referencia

Calle

Ciudad

Estado

Codigo postal

Información del paciente

Nombre _____
Primer Segundo Apellido

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Dept# _____ Teléfono del Hogar _____ Trabajo/Cellular _____

Seguro Social # _____ Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D

Occupación _____ Empleador _____

Dirección de Empleo _____

En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono _____

INFORMACION DE PADRES/ GUARDIÁN (si el paciente es MENOR DE EDAD)

Nombre de Padre/Guardián _____
Primer Nombre Inicial Apellido

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono del hogar _____ Trabajo/Cellular _____ Seguro Social # _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D

Ocupación _____ Empleador _____

Persona Responsable (si es diferente a la información anterior)

Persona de contacto _____
Primer nombre Inicial Apellido

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador/Compania/Agencia _____ Número de teléfono _____

Por favor entregue a la recepcionista una copia de su tarjeta de su seguro, luego complete las lineas en esta forma *. En caso de que no tenga una copia , por favor de completar el formulario :

***Nombre de Paciente:** _____ **Grafico #:** _____

Nombre de Seguro Medico Primario: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Tipo de seguro:** _____

Poliza: _____ **Nombre de grupo :** _____

***Nombre Persona Asegurado (Como aparece en la tarjeta):** _____

***Fecha de nacimiento del Asegurado:** ____/____/____ ***Sexo del Asegurado:** ☐M / ☐F

***Relacion del Paciente con el asegurado :** ☐Si mismo ☐Hijo (a) ☐Conyuge ☐Otro: _____

Nombre Seguro Medico Secundario : _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Tipo de Seguro:** _____

Poliza #: _____ **Número del grupo:** _____

***Nombre (Poseedor de poliza que aparece en tarjeta) Nombre:** _____

***Fecha de nacimiento del Asegurado:** ____/____/____ ***Sexo del Asegerado:** ☐M/☐F

***Relacion del Paciente con el asegurado:** ☐Si mismo ☐Hijo (a) ☐Conyuge ☐Otro _____

Nombre de Seguro de Vision: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Tipo de seguro:** _____

Poliza: _____ **Número de grupo:** _____

***Nombre Persona Asegurada(como aparece en la tarjeta):** _____

***Fecha de nacimiento del Asegurado:** ____/____/____ ***Sexo del Asegurado:** ☐M/☐F

***Relacion del Paciento con el asegurado:** ☐Si mismo ☐Hijo(a) ☐Conyuge ☐Otro _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como su información médica puede ser utilizada o divulgada y cómo puede acceder dicha información. Por favor revíselo cuidadosamente. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso a petición.

Información de Salud de el Paciente

De acuerdo a la ley federal, su información de salud es protegida y confidencial. La información de salud del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de laboratorios o pruebas, diagnósticos, tratamiento, y cualquier información que esté relacionada con su salud. Su información de salud también incluye pagos, facturas e información de su seguro de salud.

Cómo Utilizamos Su Información de Salud

Utilizamos su información de salud para tratamientos, obtener pagos, y para funciones de atención médica, incluyendo propósitos administrativos y la evaluación de la calidad de el cuidado que reciba. En algunas circunstancias, puede que sea necesario utilizar o divulgar la información sin su permiso.

Ejemplos de Tratamiento, Pago, y Funciones de Atención Médica

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Por ejemplo, enfermeras, médicos, y otros miembros de su equipo de tratamiento anotarían información en su archivo y la utilizarían para determinar las medidas más apropiadas para su cuidado. También quizás divulguemos la información a otros proveedores de servicios de salud que estén participando en su tratamiento, los farmacéuticos que estén surtiendo sus recetas, y a familiares que estén ayudando con su cuidado.

Pago: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para propósitos de pagos. Por ejemplo, quizás necesitemos obtener autorización de su compañía de seguros antes de proveer ciertos tipos de tratamientos. Someteremos facturas y mantendremos recibos de pagos de su seguro de salud.

Funciones de Atención Médica: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para llevar a cabo nuestro funcionamiento interno estándar, incluyendo administración apropiada de archivos, evaluación de la calidad de el tratamiento, y para evaluar el cuidado y resultados de su caso y otros similares.

Usos Especiales

Puede que utilizemos su información para contactarle con los recordatorios de sus citas. También puede que le contactemos para proporcionar información sobre tratamientos alternos u otros beneficios relacionados a la salud y servicios que puedan interesarle.

Otros Usos y Divulgaciones

Puede que utilizemos o divulguemos información de salud identificable por otras razones, hasta sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite brindar información de salud sin su permiso por los siguientes propósitos:

Exigido por la Ley: Puede ser exigido por la ley denunciar heridas de bala, si sospechamos abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.

Investigación: Puede que utilizemos o divulguemos información para investigaciones médicas aprobadas.

Actividades de Salud Pública: Como lo exige la ley, puede que divulguemos estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada al retiro de productos peligrosos, e información similar a las autoridades de salud pública.

Supervisión de la Salud: Podemos ser requeridos a divulgar información para asistir en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales, y actividades similares.

Procedimientos Judiciales y Administrativos: Puede que divulguemos información en respuesta a una citación u orden judicial.

Fines Policiales: Sujeto a ciertas restricciones, puede que divulguemos información exigida por oficiales de alguna agencia policial.

Muertes: Puede que reportemos información relacionada a muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias, y agencias de donación de órganos.

Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad: Puede que utilizemos y divulguemos información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de el público u otra persona.

Funciones Militares y Gubernamentales Especiales: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, puede que divulguemos información como sea exigido por las autoridades del comando militar. También puede que divulguemos información a instituciones penitenciarias o por propósitos de seguridad nacional.

Compensación al Trabajador: Puede que divulguemos información sobre usted para Compensación al Trabajador o programas similares que proporcionen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

En cualquier otra situación, le pediremos una autorización por escrito antes de utilizar o divulgar información de salud indetectable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, usted puede suspender esa autorización luego para parar cualquier uso o divulgación en el futuro.

Derechos Individuales

Usted tiene los siguientes derechos en relación a su información de salud. Por favor contacte a la persona listada en la parte de abajo para obtener los formularios apropiados para ejercer éstos derechos.

Solicitud de Restricción: Usted puede solicitar restricciones para ciertos usos o divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con éstas restricciones, pero si estamos de acuerdo, tenemos que cumplir con éstas restricciones.

Comunicaciones Confidenciales: Puede que nos pida comunicarnos con usted confidencialmente, por ejemplo, mandando avisos a una dirección en especial o sin utilizar tarjetas postales para recordarle sus citas.

Inspeccionar y Obtener Copias: En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información de salud. Puede que haya un pequeño cargo por las copias.

Modificar Información: Si usted cree que su archivo

tiene información incorrecta, o si falta información importante, usted tiene derecho de pedir que nosotros corrijamos la información existente o añadamos la información que falta.

Contabilidad de las Divulgaciones: Usted puede pedir una lista de veces donde hemos divulgado información de salud suya por otras razones además de tratamiento, pagos, o funciones de atención médica.

Nuestro Deber Legal

La ley nos exige proteger y mantener la privacidad de su información de salud, proporcionar este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en relación a información de salud protegida, y cumplir con los términos de el Aviso actualmente en vigor.

Cambios en Prácticas de Privacidad

Nuestras políticas pueden cambiar en cualquier momento. Antes de nosotros hacer un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro Aviso y publicaremos el Aviso Nuevo en el área de espera y en cada sala de tratamientos. Usted también puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, contacte a la persona listada en la parte de abajo.

Quejas

Si le preocupa que hemos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus archivos, puede contactar a la persona nombrada abajo. También puede mandar una queja por escrito a el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U. La persona listada abajo le proporcionará la dirección apropiada a petición. No será sancionado de ninguna manera por tramitar una queja.

Persona a Contactar

Si tiene alguna pregunta, peticiones, o quejas, por favor contacte:

Responsable de Privacidad
Texas Eye Institute
7710 Beechnut St. Suite 100
Houston, TX 77074
Fecha de vigencia: 14 de abril del 2013

Por la presente reconozco que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad que me han dado.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Garante/Aval : _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si no está firmado, la razón por la cuál no reconoció que recibió este Aviso:

Personal testigo de el reconocimiento:

Fecha: _____

Política Financiera y Autorización de Exámenes



El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) se compromete a proporcionarle excelencia en el cuidado de su salud ocular y una experiencia positiva. Su clara comprensión de nuestra Política Financiera/ Autorización de exámenes y su plan de seguro/beneficios es importante para nuestra relación profesional. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas profesionales o Políticas, favor de contactar una de nuestras oficinas o nuestro departamento de facturación al 713-777-7145.

Responsabilidad de la Cuenta

El pago de todos los servicios debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios a menos que haya hecho un arreglo con la oficina previamente. Por favor guarde todos los extractos detallados para completar sus propios formularios de seguro. Pacientes del Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) son responsables del pago de los honorarios al médico, y cualquier reembolso por la compañía de seguros es estrictamente entre el paciente y su compañía de seguros. El pago total del saldo de la cuenta debe realizarse antes de su próxima visita. Nuestro personal de facturación está disponible para asistir con cualquier pregunta que tenga en cuanto a su saldo. Si su cuenta está atrasada, tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar la deuda, incluyendo posible remisión a una agencia de cobros que podría afectar su historial de crédito. Debe notificar a nuestra oficina cualquier cambio en la cobertura de su seguro, dirección postal, número de teléfono, u otra información demográfica, antes de su cita. Si no lo hace, puede ser totalmente responsable de los gastos de los servicios prestados.

Seguro

Si tenemos contrato con su compañía de seguros, presentaremos su reclamación. Todos los copagos, coseguros y deducibles se deben pagar en el momento del servicio. Si no se facilitan las referencias necesarias o la información de facturación exacta y actualizada, todos los gastos de los servicios serán responsabilidad exclusiva del paciente/parte responsable. Se espera que comprenda la cobertura de sus prestaciones y su responsabilidad financiera. Si no tenemos una obligación contractual con su compañía de seguros, usted es responsable por 100% del pago al momento del servicio. Será responsable por cualquier saldo que su seguro no cubra. En caso de que su cuenta sea enviada a un cobrador externo, usted acepta pagar un 30% adicional del saldo o \$50, lo que sea mayor. Si su banco devuelve el cheque, se le cobrará una tasa de \$25. Un seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) no es parte de su contrato. No nos involucraremos en las disputas con su compañía de seguros en relación con los copagos, deducibles, cargos de co-seguro y/o, los gastos no cubiertos/cubiertos, a menos que sea para proporcionar información como sea necesario.

Medicare: Somos proveedores participantes de Medicare y presentaremos la reclamación. También archivaremos con su póliza secundaria o complementaria como cortesía. Nuestra oficina no tramita pólizas de seguro terciario. Por favor, asegúrese de proporcionar a nuestra recepcionista sus tarjetas de Medicare y de seguro complementario cuando se registre para su cita.

Medicaid: Aceptamos la mayoría de los seguros de Medicaid. Si tiene un plan de Organización para el Mantenimiento de la salud con Medicaid (plan HMO), usted es responsable de obtener la referencia de su médico de cabecera antes de su visita al consultorio. Los pacientes deben traer su tarjeta actual de Medicaid en cada visita al consultorio. Si no lo hacen, tendrán que reprogramar su cita.

Indemnización/Tarifa por Servicio: Como cortesía a nuestros pacientes, vamos a tramitar su reclamo con su seguro, siempre y cuando nos haya asignado sus beneficios y hayan cumplido con su deducible anual y pagarían co-seguro en el momento del servicio. Si no ha alcanzado su deducible anual, debe pagar en el momento del servicio y se presentará un reclamo a su seguro cuando lo solicite.

Seguro de Salud gestionado por Contrato (HMO, POS, ect): Es su responsabilidad asegurarse que su doctor esté actualmente inscrito con su plan. Todas las referencias necesarias tienen que ser obtenidas antes de cada visita. Si su referencia no ha sido completada antes de su llegada a la oficina, puede significar un retraso en ser visto por el médico y la posible reprogramación de su cita. Usted está obligado por su compañía de seguros a pagar cualquier copago, deducible y/o co-seguro en el momento de su visita.

Compensación al Trabajador: Aceptamos seguros de Compensación al Trabajador. Sin embargo, la información de su seguro y la verificación de su lesión deben hacerse antes de su llegada a nuestra oficina. La información de seguro y de su lesión debe ser proporcionada a la recepcionista antes de su visita. Si no lo hace su cita puede ser reprogramada. Los seguros privados no pagan las reclamaciones médicas derivadas de una lesión en el trabajo. Si tiene alguna duda sobre si tiene o no una reclamación de indemnización por accidente de trabajo, pida

hablar con nuestros representantes de facturación de pacientes.

Pago Privado: Para pacientes que no utilizan seguro para su visita en la oficina, un depósito de \$310 será cobrado en el momento del servicio. Este depósito se aplicará a los gastos reales de la visita. Si los gastos de la visita superan los \$310, haremos todo lo posible para informarle del saldo pendiente. En caso de que los cargos sean menos de \$310, se le reembolsará la diferencia. (\$250 examen médico más \$60 de tarifa de refracción)

Cirugía/ Procedimientos y/o Tratamientos Programados para el Mismo Día

El seguro será verificado en el momento de su visita preoperatoria. Los montos del deducible y co-seguro serán verificados al mismo tiempo. Se requiere el pago completo por adelantado si los beneficios del seguro no son asignados o en el caso de que no haya seguro. Se requiere el pago por adelantado de los servicios que serán asignados a los deducibles o co-seguros del paciente en el momento de la visita preoperatoria o en la fecha de servicio en caso de procedimientos y/o tratamientos en el mismo día. Haremos todo lo posible para crear un estimado preciso de su responsabilidad financiera antes de proporcionar estos servicios. Cualquier pago en exceso será reembolsado al paciente. Cualquier pago insuficiente se facturará al paciente

Reembolso: En caso de que Texas Eye Institute le deba un reembolso debido a un pago en exceso o un saldo a su favor, emitiremos un reembolso una vez que nuestro equipo de facturación lo haya verificado. Siempre que no haya otros saldos o cargos pendientes. Posteriormente, le reembolsaremos el dinero a su tarjeta de crédito o le enviaremos un cheque por correo, dependiendo de cómo haya realizado el pago inicial. Si tenemos su correo electrónico registrado, recibirá automáticamente un recibo por correo electrónico. También se enviará un recibo a su portal de paciente.

Pacientes Menores de Edad

Los pacientes menores de edad deben ser acompañados por sus padres, un familiar adulto autorizado, o un tutor legal a todas las citas. El padre que acompañe a un menor de una familia divorciada será responsable del pago de los cargos incurridos para la fecha del servicio, independientemente del estado del seguro o de la sentencia de divorcio. Los menores no acompañados no serán atendidos sin la aprobación por escrito de los padres del menor. Además, en el caso de los menores no acompañados, se negará el tratamiento que no sea de emergencia a menos que los cargos hayan sido preautorizados a una tarjeta de crédito aprobada o se haya verificado el pago en efectivo o con cheque en el momento del servicio.

Cobertura Oftalmológica de Bienestar (Well-Care)

Algunos planes cubren el costo de un examen oftalmológico anual, independientemente de que exista o no un problema médico o se detecte en el examen. Esto se denomina normalmente como cobertura de bienestar (well-care). Otros sólo pagan la reclamación si se descubre un trastorno médico. Averigüe que dice su plan al respecto. Muchos planes no consideran la necesidad de anteojos para ver de lejos o leer como un trastorno médico, por lo que puede ser responsable de la factura si no tiene cobertura de bienestar (well-care). Del mismo modo, los exámenes oculares “rutinarios” o normales en los que no se detecta ningún problema puede que no estén cubiertos si no existe una cláusula de “bienestar” (well-care).

Exámenes Oculares de Rutina y Médicos

Un oftalmólogo es un médico (al igual que su médico de cabecera o cardiólogo) y proporciona exámenes oculares médicos muy completos y precisos. Sin embargo, los oftalmólogos también pueden proporcionar exámenes rutinarios de visión. El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) participa con ciertos planes de visión para “exámenes oculares de rutina”. Un examen ocular de rutina es, por definición, una “revisión regular” para alguien que no tiene problemas médicos en los ojos. Si el médico detecta cualquier condición médica (ojos secos, partículas flotantes, infecciones oculares, glaucoma, diabetes, etc) el examen se convierte en un examen médico de los ojos y se presentará a su seguro médico. Si su seguro médico requiere una referencia, tendrá que obtener una para el examen médico ocular. Debido a las regulaciones de las compañías de seguros, los exámenes rutinarios y médicos no pueden realizarse el mismo día. Si sólo desea la parte rutinaria del examen en su visita, el médico puede pedirle que vuelva otro día para el examen médico de los ojos. Tenga en cuenta que algunos planes de seguros consideran que un examen ocular rutinario es un servicio no cubierto. Para más información, por favor solicite la forma de Seguro Médico vs Seguro de Visión.

Refracción

Una refracción es una prueba de diagnóstico para determinar la mejor manera de corregir su visión. Ésta prueba se realiza en su primera visita con nosotros, en su visita anual, después de una cirugía de cataratas y en cualquier

momento en que su visión disminuya significativamente. Una refracción es una prueba vital para el cuidado de sus ojos porque permite la evaluación de su salud ocular actual y la detección de enfermedades oculares. Podemos proporcionarle una receta para actualizar sus anteojos o puede ser una necesidad médica para que su seguro pueda determinar si usted califica para ciertos procedimientos oculares, tales como, la cirugía de cataratas o la cirugía ocular con láser. A pesar de que esta es una prueba vital para el cuidado de sus ojos, una refracción es un servicio no cubierto por Medicare, y la mayoría de los planes de seguro. Desafortunadamente, no diferencian entre “refracciones médicas” y refracciones realizadas únicamente con el fin de proporcionar anteojos. Estamos obligados a cobrar por este servicio, independientemente de si el seguro pagará. Si usted no desea una refracción, por favor informe a nuestro personal en la oficina antes del servicio. **El cobro de la refracción (92015) es de un total de \$60.** Si no desea que le realicen una refracción, por favor, informe a nuestro personal administrativo antes de la consulta.

Exámenes de Anteojos y Lentes de Contacto

Exámenes para anteojos y lentes de contacto son exámenes SEPARADOS. Si necesita ambos exámenes en su consulta, se le cobrará una tarifa para la evaluación de lentes de contacto. El costo del examen de lentes de contacto se paga en el momento del servicio. Puede que tenga un plan de visión que cubra la tarifa del examen de lentes de contacto, pero éste se deduce de su prestación de materiales (para anteojos o lentes de contacto). También, si usted decide utilizar su prestación de materiales en otro lugar, su examen de lentes de contacto NO será cubierto. Para evitar confusión y problemas de facturación en el futuro, es la política de nuestra oficina aceptar el pago para el examen de lentes de contacto en el momento de su consulta para que pueda aplicar su prestación de materiales a sus anteojos y/o lentes de contacto.

Autorización de Examen Ocular

Por la presente autorizo al Instituto Ocular de Texas a examinarme o tratarme, o a la persona de la que soy responsable. Estoy de acuerdo y entiendo que mi(s) ojo(s) debe(n) ser dilatado(s) para que el médico pueda revisar a fondo la retina del ojo. Acepto y entiendo que mi ojo puede necesitar un parche ocular como parte del tratamiento de mi enfermedad. Entiendo que, si mis pupilas son dilatadas o mi ojo tiene un parche ocular después del examen, es posible que no pueda operar con seguridad un vehículo motorizado y que el personal y los médicos de El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) sugieren que evalúe mi necesidad de transporte alternativo y la decisión es únicamente mía, por lo tanto no haré responsable a El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute).

Asignación de Beneficios/Firma en el Archivo

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros a pagar el producto de cualquier beneficio que me corresponda directamente al Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute). Una copia de esto puede ser considerada como un original para propósitos del seguro. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Las directrices de Medicare y del seguro nos permiten obtener una firma única que es válida para hoy y para visitas futuras a nuestra oficina. Al firmar a continuación, la anotación “firma en el archivo” aparecerá en lugar de su firma en todos los formularios de Medicare y otros seguros tramitados para usted por nuestra oficina.

Autorización de divulgación

Por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona, empresa o entidad a divulgar u obtener cualquier información que pueda ser necesaria para determinar las prestaciones a pagar bajo mi póliza de seguro en la que estoy cubierto. Una copia de la presente puede considerarse un original por propósitos del seguro.

He leído y entendido todas las Políticas Financieras y la Autorización de Exámenes del Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) indicadas arriba y estoy de acuerdo en aceptar la Responsabilidad de la Cuenta. El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) se reserva el derecho de cambiar todas y cada una de las tarifas en cualquier momento. El contenido de este documento permanecerá en efecto a menos que sea suspendido por mí por escrito.

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Garante/Aval: _____

Firma _____ Fecha _____
(Firma del Paciente o Parte Responsable)

Seguro Médico vs Seguro de Visión



¿Qué es Seguro de Visión y en qué se diferencia del Seguro Médico?

Puede tener ambos seguros, pero son muy diferentes en cuanto a los servicios que cubren, y es importante que los pacientes entiendan la diferencia.

El Seguro de Salud Médico le protege de los costos inesperados de una lesión o enfermedad ocular. Éste seguro se utiliza para todos los servicios médicos habituales, como las visitas al médico de cabecera y al cardiólogo. Algunos ejemplos de seguros médicos son Medicare, Medicaid, BlueCross BlueShield, Humana, Cigna, Aetna, WellCare, Amerigroup, UnitedHealthCare, etc.

El Seguro de Visión ofrece una prestación adicional de bienestar para exámenes oculares saludables, que incluye atención ocular rutinaria, anteojos y lentes de contacto recetados y otros servicios de visión a un costo reducido. Algunos ejemplos de seguros oftalmológicos son Spectera, VSP, y Eyemed. El seguro oftalmológico actúa como complemento de su seguro de salud habitual, proporcionando beneficios no cubiertos por su plan médico principal.

¿Qué NO Cubre el Seguro de Visión?

Los planes de visión no cubren ninguna parte de un examen ocular considerado “médico”. Por ejemplo, el seguro oftalmológico **no** cubre la pérdida de visión, la visión borrosa que no se soluciona con anteojos o lentes de contacto, las partículas flotantes, la sequedad ocular, las alergias, las infecciones, las enfermedades oculares, el seguimiento de las cataratas, la degeneración macular, el glaucoma, la supervisión de los medicamentos de alto riesgo o los exámenes oculares para detectar complicaciones derivadas de la diabetes. Si necesita medicamentos, el médico no podrá recetárselos con el seguro de visión. Además, algunos planes de seguro de visión no cubren todos los tipos de adaptación de lentes de contacto ni las evaluaciones anuales de lentes de contacto.

¿Qué NO Cubre el Seguro Médico?

Medicare y la mayoría de los seguros médicos no cubren los anteojos o lentes de contacto nuevos. Tampoco cubren la prueba, llamada Refracción, para proporcionarle una receta de anteojos y lentes de contacto. Medicare y la mayoría de los seguros médicos sólo cubren los exámenes oculares relacionados con dolencias médicas, como trastornos de la córnea, trastornos de la retina, complicaciones de la diabetes, glaucoma, sequedad ocular, infección ocular, etc.

¿Cuándo Utilizar el Seguro Médico en la Consulta del Oftalmólogo?

Su seguro médico se utiliza si usted tiene un problema o enfermedad ocular o si hay alguna condición médica que cause problemas en los ojos. Algunas condiciones comunes por las que podemos facturar a su seguro médico incluyen: Pacientes con pérdida de visión, visión borrosa que no se soluciona con anteojos o lentes de contacto, partículas flotantes, ojos secos, alergias, infecciones, etc., seguimiento del desarrollo de cataratas, examen de pacientes con diabetes, examen de pacientes que utilizan medicamentos con posibles efectos secundarios en los ojos, como medicamentos con esteroides, medicamentos para la artritis, etc. Pacientes con alto riesgo de desarrollar glaucoma, pacientes con degeneración macular, etc.

¿Cuándo Utilizar el Seguro de Visión en la Consulta del Oftalmólogo?

En general, el seguro de visión sólo se utiliza para el cuidado preventivo rutinario de los ojos, incluyendo los exámenes de la vista sin condiciones médicas, y los artículos de la vista recetados como anteojos y lentes de contacto. Cuando hay una condición médica es necesario registrar la visita con su seguro médico (BCBS, Aetna, UnitedHealthCare, Medicare, etc.), y pueden aplicarse copagos y deducibles. Las compañías de seguros establecen estas reglas y nuestra oficina debe cumplirlas.

Exámenes de Anteojos y Lentes de Contacto

Exámenes para anteojos y lentes de contacto son exámenes SEPARADOS. Si necesita ambos exámenes en su consulta, se le cobrará una tarifa para la evaluación de lentes de contacto con un especialista de lentes de contacto. Puede que tenga un plan de visión que cubra la tarifa de el examen de lentes de contacto, pero éste se deduce de su prestación de materiales (para anteojos o lentes de contacto). También, si usted decide utilizar su prestación de materiales en otro lugar, su examen de lentes de contacto NO será cubierto. Para evitar confusión y problemas de facturación en el futuro, es la política de nuestra oficina aceptar el pago para el examen de lentes de contacto en el momento de su consulta para que pueda aplicar su prestación de materiales a sus anteojos y/o lentes de contacto

¿Puedo Utilizar los Seguros de Visión y Médico para un Exámen Conjunto en el Mismo Día?

No. Por ley, no podemos facturar dos tipos de seguros diferentes en un mismo día. Hay dos alternativas.

1. Podemos programar sus visitas médicas y de visión en días separados, lo que nos permite facturar a sus seguros en días diferentes. Es posible que tenga que pasar por algunas partes repetitivas del exámen en esos días porque por ley hay ciertas cosas que el oftalmólogo debe documentar en cada visita.
2. Si usted prefiere la conveniencia de programar su exámen médico y de refracción en el mismo día, podemos facturar a su seguro médico por el exámen médico y cobrar una tarifa de \$60.00 por la refracción.

Cómo Programar la Cita

Cuando llame para programar su próxima cita con el oftalmólogo, asegúrese de explicar el motivo de su visita para que podamos facturar al seguro correspondiente. Seguro médico para cualquier condición o dolencia como ojos secos o visión borrosa. Seguro de visión para cualquier exámen rutinario de anteojos/lentes de contacto.

El paciente y el personal del consultorio médico no siempre pueden determinar qué seguro es apropiado para facturar antes del exámen. Es su responsabilidad entender la cobertura de su seguro. Hacemos todo lo posible para ser proveedores en una amplia gama de planes médicos y de visión, vamos a procesar sus beneficios de seguro para estos portadores cuando sea pertinente. Es su responsabilidad proporcionar información actualizada y precisa del seguro. Es importante saber el nombre de su plan médico y de visión antes de su exámen. Si no somos proveedores de su seguro, le proporcionaremos un recibo detallado para que pueda solicitar el reembolso a su compañía. Algunos servicios y productos pueden no estar cubiertos por su seguro. Usted es financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro, prestados en su nombre o en el de su dependiente. El pago/copago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios o productos. Las multas o los honorarios incurridos por falta de pago también son responsabilidad del paciente.

¿Por qué los Seguros son tan Complicados?

¡Buena pregunta! Nosotros no creamos las reglas, sólo las cumplimos. Puede llamar al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro o buscar los detalles de su póliza de seguro en Internet. En última instancia, es su responsabilidad entender las políticas de sus compañías de seguros, tanto médicas como de visión. Por favor llámenos si tiene alguna otra pregunta.

Política de Refracción

Durante su visita se puede realizar una refracción para determinar su necesidad de anteojos o para evaluar si se puede conseguir una mayor mejora visual. Ésta es una parte necesaria y esencial de su exámen ocular, y en muchos casos, es la única razón de la cita. Si usted no desea una refracción, por favor informe a nuestro personal de la oficina antes del servicio.

Por favor, tenga en cuenta que este es un servicio NO CUBIERTO por Medicare y la mayoría de las compañías de seguros y es la responsabilidad del paciente. Nuestra oficina actualmente cobra \$60.00 en efectivo para este procedimiento. Apreciamos su cooperación en el cobro de esta tarifa en el momento del servicio.

He leído y entendido la Política de Refracción del Instituto Ocular de Texas indicada arriba y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad de la cuenta de \$60.00 al momento del servicio. Si se requiere facturación, se facturará el cargo completo. El Instituto Ocular de Texas se reserva el derecho de cambiar todos y cada uno de los cargos en cualquier momento. El contenido de este documento permanecerá en efecto a menos que sea suspendido por mí por escrito.

Nombre del Paciente _____ Nombre del Garante/Aval _____

Firma _____
(Firma del paciente o parte responsable)

Fecha _____

Exámenes de Anteojos y Lentes de Contacto

Exámenes para anteojos y lentes de contacto son exámenes SEPARADOS. Si necesita ambos exámenes en su consulta, se le cobrará una tarifa para la evaluación de lentes de contacto con un especialista de lentes de contacto. Puede que tenga un plan de visión que cubra la tarifa de el examen de lentes de contacto, pero éste se deduce de su prestación de materiales (para anteojos o lentes de contacto). También, si usted decide utilizar su prestación de materiales en otro lugar, su examen de lentes de contacto NO será cubierto. Para evitar confusión y problemas de facturación en el futuro, es la política de nuestra oficina aceptar el pago para el examen de lentes de contacto en el momento de su consulta para que pueda aplicar su prestación de materiales a sus anteojos y/o lentes de contacto.

Política de Lentes de Contacto

La receta de anteojos que usted reciba de el Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) no es una receta de lentes de contacto. Un óptico titulado tiene que ajustar sus medidas para sus lentes de contacto. El Instituto Óptico de Texas (Texas Optics Institute) o una tienda óptica de su preferencia puede ajustar sus medidas para lentes de contacto a una tarifa por separado. Luego de que haya completado las medidas para sus lentes de contacto, es su derecho recibir una copia de las especificaciones para sus lentes de contacto de la tienda óptica que haya escogido si así lo desea.

He leído y entiendo la política de lentes de contacto anterior.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Garante/Aval: _____

Firma _____ Fecha _____

Formulario de Autorización para Recordatorios de Citas

El Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) utiliza un Sistema de Recordatorio de Citas para contactarle por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico a el número de teléfono y dirección proporcionada para recordarle sus citas futuras y otros asuntos relacionados con su componente global de salud. Se dejará un mensaje por el Sistema de Recordatorio de Citas en su contestador automático y/o correo de voz.

Usted tiene el derecho de suspender este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones de confianza en su previo consentimiento.

☐ YO DOY CONSENTIMIENTO

☐ YO NO DOY CONSENTIMIENTO

a ser notificado(a) por el Sistema de Recordatorio de Citas a través de teléfono, mensaje de texto y correo electrónico.

Número de Teléfono de Casa (línea terrestre): _____

Número de Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Garante/Aval: _____

Firma _____ Fecha _____
(Firma del Paciente o Parte Responsable)

Formulario de Autorización de Divulgación de Información del Paciente

Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares como su cónyuge, parejas, padres, o hijos llamen y soliciten resultados de pruebas, procedimientos, e información financiera. Bajo los requisitos federales de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), no se nos permite brindar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea obtener su información médica, cualquier resultado de pruebas de diagnóstico y/o información financiera divulgada a algún familiar debe firmar este formulario.

Tiene el derecho de suspender este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en virtud de su consentimiento previo.

☐ Yo **NO** autorizo la divulgación de información relacionada con mi atención médica, condición, resultados de pruebas, e información financiera a nadie más que a mi mismo.

Yo autorizo al Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) a divulgar mis archivos y cualquier información solicitada a las siguientes personas:

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

Autorización para los Mensajes (marque todo lo que corresponda)

☐ Yo autorizo al Instituto Ocular de Texas (Texas Eye Institute) a dejar un mensaje detallado en mi número de teléfono en relación a tratamientos médicos, cuidados, resultados de pruebas o información financiera.

☐ Yo le autorizo a dejar un mensaje con cualquiera que responda mi número de teléfono.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Garante/Aval: _____

Firma _____ Fecha _____
(Firma del Paciente o Parte Responsable)



Formulario de Medicaid para lentes prismáticos y servicios de corrección refractiva.

Para pacientes de 21 años o más con Medicaid o planes con atención administrada de Medicaid

Entiendo que el proveedor de servicios puede necesitar realizar una refracción y/o suministrar lentes prismáticos para obtener la determinación óptica más adecuada. Es posible que sea necesario realizar una refracción como parte de mi examen para determinar si se requieren otros tratamientos. Puede que se necesite lentes prismáticos para corregir anomalías visuales y facilitar que mis ojos trabajen juntos. O puede solicitar lentes prismáticos de refracción y/o distribución para la graduación necesaria para gafas o lentes de contacto.

Acepto y doy mi consentimiento para voluntariamente someterme a los servicios y/o a la entrega de lentes, como paciente privado que pague de mi propio bolsillo por dichos servicios. Acepto renunciar a mis beneficios de Medicaid y/o del plan de atención administrada de Medicaid para los servicios de refracción y/o lentes prismáticos durante el periodo de mi atención de Texas Eye Institute. Seré responsable de pagar la tarifa de la refracción y/o los lentes prismáticos en el momento del servicio o cualquier saldo pendiente por dichos servicios que genere posteriormente.

- Refracción (92015) (Determinación del estado refractivo) para la prescripción necesaria para gafas o lentes de contacto. - \$60
- Lentes Prismáticos (V2718) – Lente de fijación a presión, prisma de Fresnel por lente) – \$60

Entiendo que la tarifa de refracción de \$60 dólares y/o la tarifa de lentes prismáticos de \$60 dólares son mi responsabilidad, y se espera que pague esta cantidad en el momento de recibir el servicio.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos divulgado información basándonos en su consentimiento previo.

Nombre de Paciente _____ Nombre del Garante/Aval _____

Firma _____ Fecha _____

(Firma del paciente o persona responsable)



Formulario para Seguro HMO / POS

Entiendo que los servicios proporcionados por Texas Eye Institute no son elegibles para el reembolso por parte de mi plan de salud MHO/POS sin referencia valida de mi médico de cabecera.

Acepto voluntariamente someterme a los servicios como paciente privado que paga por su cuenta. Acepto renunciar a los beneficios de mi plan de atención medica administrada dentro de la red durante el periodo de mi tratamiento en Texas Eye Institute. Seré responsable de pagar todos los servicios que reciba en el momento del servicio o cualquier saldo pendiente que se genere posteriormente. **El proveedor solo presentara una reclamación a mi plan de salud HMO/POS si consigo obtener una referencia valida y necesaria a tiempo, con la información correcta, como las fechas del servicio, el número de autorización del seguro, el proveedor de facturación correcto y el número de visitas.**

Nombre de Paciente _____ Nombre del Garate/Aval _____

Firma _____ Fecha _____
(Firma del paciente o persona responsable)