



Información para Pacientes

Política financiera

Facturación de seguros

Con mucho gusto facturamos a su seguro los servicios proporcionados por esta oficina; sin embargo, necesitamos su ayuda. Es imposible para nosotros conocer los términos y condiciones de cada póliza de seguro.

1. Asegúrese de que nos entregue una copia de su tarjeta de seguro más reciente. Muchas compañías han cambiado o están cambiando los números de identificación.
2. Por favor, realice todos los copagos al momento del servicio.
3. ¡CONOZCA SU COBERTURA! Debe conocer el monto de su copago, el monto de su deducible y las limitaciones o excepciones establecidas en su cobertura. Si tiene preguntas sobre su plan, la mejor fuente de respuestas es el número 800 que figura en su tarjeta. Si se rechaza cualquier reclamo que enviemos a su compañía de seguros, usted es responsable del pago.

Inicial ____

¿Qué pasa si olvido mi tarjeta de seguro?

Le facturamos a su compañía de seguros si usted puede proporcionar toda la información necesaria para la facturación. Si no puede proporcionar su tarjeta de seguro, se considerará que paga de forma privada.

Inicial ____

¿Qué pasa si no tengo una referencia de mi médico de atención primaria?

Usted es responsable de comunicarse con su médico de atención primaria para obtener una referencia. Usted es responsable financieramente de todos los servicios prestados, ya sea que se presente o no una referencia.

Inicial ____





Información para Pacientes

Refracción Ocular

La refracción es el proceso mediante el cual se determina la prescripción óptima de anteojos para sus ojos. Nos permite proporcionar anteojos, pero **MÁS IMPORTANTE**, determinar qué tan bien puede ver. Necesitamos la información para distinguir los problemas de visión causados por un enfoque deficiente (que se corrige con anteojos o lentes de contacto) de los problemas causados por enfermedades oculares.

La refracción puede realizarse o no en el momento de su visita, según el criterio de nuestros médicos sobre su necesidad. Medicare y muchas compañías de seguros no brindan este servicio como beneficio. Cuando se realiza, se cobrará una tarifa de \$55 que la recepcionista le solicitará al final de su visita.

Inicial _____

Acuerdo de política financiera

Consentimiento médico general:

El paciente o su representante legal por la presente consienten la atención médica y general, incluyendo, entre otros, exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio y servicios médicos prestados al paciente según las instrucciones generales y especiales del médico. Se entiende que el paciente está bajo el cuidado y la supervisión de su médico tratante.

Inicial _____

liberacion de informacion:

En la medida necesaria para determinar los beneficios del seguro, la responsabilidad de pago y obtener el reembolso, Eye Care Center puede revelar partes del historial médico y el archivo de cuenta del paciente a cualquier persona o corporación que pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos del paciente, incluidas, entre otras, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica o compañías de compensación para trabajadores.

Inicial _____





Información para Pacientes

Asignación de beneficios del seguro

Autorizo a Eye Care Center a presentar reclamos de seguros en mi nombre por los servicios prestados y autorizar el pago directo a Eye Care Center de cualquier beneficio, tanto básico como médico mayor, que de otro modo se pagaría al paciente o en nombre del paciente por todos los servicios prestados.

Inicial _____

- He leído y comprendido la política de la oficina sobre refracción y comprendo que esta política se aplicará a todas mis futuras visitas.
- He leído la política financiera y comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi seguro.
- Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Eye Care Center de Napa Valley.

Firma del paciente o responsable

fecha:

Imprima el nombre del paciente o de la persona responsable



Eye Care Center
of Napa Valley

Napa
895 Trancas St.
Napa, CA 94558
(707) 252-2020

St Helena
1287 Inglewood Ave
St Helena, CA 94574
(707) 963-5236

American Canyon
3417 Broadway St, Ste J-3
American Canyon, CA 94503
(707) 553-6020



Seguro Medico y Vision

Los médicos del Eye Care Center de Napa Valley brindan servicios médicos y de la vista. Los resultados de su examen y el diagnóstico de hoy determinarán si se le facturará su plan médico o de visión.

El término "seguro de visión" se utiliza comúnmente para describir planes de bienestar diseñados para reducir los costos de atención ocular preventiva de rutina (examen de visión) y anteojos recetados, anteojos o lentes de contacto.

Cuando su diagnóstico se convierte en un **diagnóstico médico**, no un diagnóstico de la vista, el alcance de su visita también cambiará y su médico de atención oftalmológica se concentrará en el problema inmediato de salud ocular. Debido a este cambio, su visita a nuestro consultorio por ese día **se facturará a su seguro médico**.

Si esto sucede, su examen de la vista de rutina para determinar su prescripción de anteojos se reprograma para un momento diferente y sus beneficios de la vista se utilizarán para esa cita y para cualquier anteojos o lentes de contacto ordenados.

Acepto que se facture a mi seguro médico si mi médico determina que tengo un diagnóstico médico. También comprendo que mi plan de la vista se puede utilizar en una fecha posterior para determinar mi prescripción de anteojos o lentes de contacto y para cualquier compra de anteojos o lentes de contacto.

Firma: _____

Fecha: _____



Política de pago de pacientes

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica especializada. Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, se nos ha recomendado desarrollar esta política de pago. Léala, háganos cualquier pregunta que pueda tener y firme en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia si la solicita.

1. Seguro.

Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan de seguro médico con el que trabajamos, se espera que pague el monto total en cada visita. Si está asegurado por un plan de seguro médico con el que trabajamos pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

2. Copagos y deducibles.

Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que no cobremos los copagos y deducibles a los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a cumplir la ley pagando su copago en cada visita.

3. Servicios no cubiertos.

Tenga en cuenta que es posible que Medicare u otras aseguradoras no cubran algunos de los servicios que reciba o que estos no los consideren razonables o necesarios. Debe pagar estos servicios en su totalidad al momento de la visita. *La mayoría de los seguros médicos no cubren la refracción.*

4. Comprobante de Seguro.

Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para pacientes antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de su seguro vigente y válido para proporcionar una prueba de que cuenta con seguro. Si no nos proporciona la información correcta sobre el seguro en el momento oportuno, puede ser responsable del saldo de un reclamo.

5. Presentación de reclamos.

Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para que se le paguen. Es posible que su compañía de seguros le pida que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague o no su reclamación. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato.





Política de pago de pacientes

6. Cambios de cobertura.

Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios necesarios para ayudarlo a recibir los máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, se le facturará automáticamente el saldo.

7. Falta de pago.

Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si queda un saldo pendiente, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranzas y usted y sus familiares directos pueden ser dados de baja de esta práctica. Si esto sucede, se le notificará por correo postal y certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo en caso de emergencia.

8. Pérdida de cita.

Nuestra política es cobrar cuarenta dólares (\$40.00) por las citas perdidas que no se cancelen con un tiempo razonable (24 horas de anticipación). Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturará directamente. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio asistiendo a sus citas programadas regularmente.

Nuestro consultorio se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y acostumbrados en nuestra zona.

Gracias por comprender nuestra política de pago. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído y comprendido la política de pago y acepto cumplir con sus pautas:

Firma del paciente o responsable

Fecha

Imprima nombre o responsable





Formulario de privacidad HIPAA

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Eye Care Center de Napa Valley.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Esta página de reconocimiento debe conservarse en el expediente del paciente. Si no se pudo obtener el reconocimiento del paciente, se deben documentar los motivos a continuación.

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Este Aviso de prácticas de privacidad (o "Aviso") describe cómo utilizaremos y divulgaremos la información y los datos protegidos que recibamos o creamos relacionados con su atención médica.



Eye Care Center of Napa Valley

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Este Aviso de prácticas de privacidad (o "Aviso") describe cómo utilizaremos y divulgaremos la información y los datos protegidos que recibimos o creamos relacionados con su atención médica.

Nuestros deberes

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica y entregarle este Aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso actualmente vigente.

Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, excepto en las siguientes situaciones:

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información médica mientras proporcionamos, coordinamos o gestionamos su atención médica. Por ejemplo, la información obtenida por una enfermera, un médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su expediente y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico incluirá en su expediente sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica registrarán las medidas que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento. También podemos proporcionar su información a otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tratarlo.

Pago: Utilizaremos y divulgaremos su información médica para obtener o proporcionar una compensación o reembolso por la atención médica que recibió. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a su plan de salud. La información que se incluye en la factura o que acompaña a la misma puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Como otro ejemplo, podemos divulgar información sobre usted a su plan de salud para que este pueda determinar su elegibilidad para el pago de ciertos beneficios.

Operaciones de atención médica: Utilizaremos y divulgaremos su información médica para gestionar determinados aspectos administrativos de su atención médica y para gestionar nuestro negocio de forma más eficiente. Por ejemplo, los miembros de nuestro personal médico pueden utilizar la información de su historial médico para evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y en otros similares. Esta información se utilizará luego en un esfuerzo por mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que ofrecemos.

Socios comerciales: Esta práctica no vende, alquila ni arrienda sus listas de clientes a terceros. Hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales, nuestros socios de confianza. Podemos compartir información médica con nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan, incluido realizar análisis estadísticos, enviarle correo electrónico o correo postal, brindar atención al cliente u organizar entregas. Sin embargo, todos estos terceros tienen prohibido usar su información personal excepto para brindar estos servicios y están obligados a tomar precauciones para proteger y mantener la confidencialidad de su información médica.

Notificación a la familia: Podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: Podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención.

Investigación: De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.

Director de funeraria, forense y médico forense: De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a directores de funerarias, forenses y médicos forenses para ayudarlos a llevar a cabo sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejidos.

Recaudación de fondos: Podemos utilizar cierta información con el fin de recaudar fondos.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, sigla en inglés): Podemos revelar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos, defectos de productos o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir el retiro, reparación o reemplazo de productos.

Salud pública: Según lo exige la ley, podemos divulgar su información médica a autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso y la negligencia infantil.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales apropiadas, como agencias de protección para adultos o de servicios sociales, si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Supervisión de la salud: Para supervisar el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, las entidades sujetas a regulación gubernamental y las leyes de derechos civiles para las cuales la información de salud es necesaria para determinar el cumplimiento, podemos divulgar su información de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, como auditorías e investigaciones civiles, administrativas o penales.

Procedimientos judiciales: Podemos divulgar su información médica en respuesta a solicitudes realizadas durante procedimientos judiciales y administrativos, como órdenes judiciales o citaciones.

Fuerzas de seguridad: En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica a las fuerzas de seguridad. Estas circunstancias incluyen la presentación de informes exigidos por determinadas leyes (como la presentación de informes sobre determinados tipos de heridas), en cumplimiento de determinadas citaciones u órdenes judiciales, la presentación de información limitada sobre identificación y ubicación a petición de un agente de seguridad, informes sobre presuntas víctimas de delitos a petición de un agente de seguridad, la presentación de informes sobre muertes, delitos cometidos en nuestras instalaciones y delitos en situaciones de emergencia.

Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas del orden, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas del orden. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Amenazas a la salud o seguridad pública: Podemos divulgar o utilizar información de salud cuando creamos de buena fe, de acuerdo con los estándares éticos y legales, que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente o que es necesario para identificar o detener a un individuo.

Funciones gubernamentales especializadas: Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o usar información de salud para personal militar y veteranos, para actividades de inteligencia y seguridad nacional, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el Departamento de Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de aplicación de la ley, y para programas gubernamentales que brindan beneficios públicos.

Compensación laboral: Podemos divulgar información médica cuando esté autorizado y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares.

Otros usos: También podemos usar y divulgar su información médica personal para los siguientes fines:

- Para comunicarnos con usted para recordarle una cita para tratamiento;
- Para describirle o recomendarle alternativas de tratamiento;
- Para proporcionarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés; o
- Para ciertos fines de recaudación de fondos de caridad.

Al firmar este documento, usted le otorga a Eye Care Center of Napa Valley su permiso para enviarnos mensajes dirigidos a usted electrónicamente por correo electrónico y/o teléfono celular.

Prohibición de otros usos o divulgaciones

No podemos hacer ningún otro uso ni divulgación de su información médica personal sin su autorización por escrito. Una vez otorgada, puede revocar la autorización escribiendo a la persona de contacto que se indica a continuación. Es comprensible que no podamos revocar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso.

Derechos individuales

Tiene muchos derechos en relación con la confidencialidad de su información médica. Tiene derecho a:

- Para solicitar restricciones sobre la información de salud que podemos usar y divulgar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación
- Para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud sobre usted de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para realizar dicha solicitud, debe escribirnos a la dirección que se indica a continuación y decirnos cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- Para inspeccionar o copiar su información médica. Debe enviar su solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación. Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrarle una tarifa por el costo de la copia, el envío por correo u otros suministros.
- En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información médica. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- Para modificar la información médica. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Para solicitar una modificación, debe escribirnos a la dirección que se indica a continuación. También debe darnos un motivo para respaldar su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación de su información médica si es incorrecta o incompleta.

No se presenta por escrito o no se proporciona un motivo que respalde su solicitud. También podemos rechazar su solicitud si:

- La información no fue creada por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación,
 - La información no es parte de la información de salud que guardamos o para nosotros,
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o
 - Es precisa y completa
-
- Para recibir un informe de las divulgaciones de su información médica, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación. No toda la información médica está sujeta a esta solicitud. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, no mayor a 6 años, y no puede incluir fechas anteriores al 31 de diciembre de 2015. Nuestra solicitud debe indicar cómo le gustaría recibir el informe (en papel, electrónicamente). El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuito. Para informes adicionales, podemos cobrarle el costo de proporcionar el informe. Le notificaremos este costo y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cargos.
 - Para recibir una copia impresa de este Aviso, si lo solicita, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente, debe enviar una solicitud por escrito para recibir un aviso impreso a la dirección que se indica a continuación.

Todas las solicitudes para restringir el uso de su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, para inspeccionar y copiar información médica, para modificar su información médica o para recibir un recuento de las divulgaciones de información médica deben realizarse por escrito a la persona de contacto que se indica a continuación.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro oficial de privacidad a la dirección que se indica a continuación. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Persona de contacto

Nuestra persona de contacto para todas las preguntas, solicitudes o para mayor información relacionada con la privacidad de su información de salud es:

Kena Burke, MPP
Executive Director
Eye Care Center of Napa Valley
895 Trancas Street, STE A
Napa, CA 94558

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y de aplicar las prácticas revisadas a la información médica sobre usted que ya tenemos. Cualquier revisión de nuestras prácticas de privacidad se describirá en un Aviso revisado que se publicará en un lugar destacado de nuestras instalaciones.

Fecha de entrada en vigor del aviso: 6 de septiembre de 2024