COLORADO RETINA

# POLÍTICAS FINANCIERAS

Si bien su salud y bienestar son nuestra principal prioridad, somos conscientes de que el costo de la atención médica es una preocupación para muchos pacientes. Le ofrecemos la siguiente información para ayudarle a comprender nuestras políticas financieras y a planificar sus pagos. Lea atentamente la información y, si tiene alguna pregunta, consulte con nuestro personal. Las políticas financieras que se detallan a continuación son una condición para recibir atención en nuestra clínica.

**Seguro**

Por favor, traiga sus tarjetas de seguro médico cuando visite nuestra clínica, ya que necesitamos una copia para su expediente. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos su información de seguro actualizada en nuestros archivos con el fin de poder presentar una reclamación a su aseguradora y recibir el pago en su nombre. Colaboramos con las principales aseguradoras y la mayoría de los planes de seguro; sin embargo, es su responsabilidad confirmar con su aseguradora que Colorado Retina Associates participa en su plan. Puede hacerlo llamando al número de teléfono de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro vigente.

**Medicare:** Nuestros médicos participan en Medicare. Con gusto presentaremos cualquier reclamación a Medicare y Medigap una vez por usted. Si no tiene ninguna cobertura secundaria o complementaria, usted será responsable del 20% de lo que Medicare no cubra. Hay ciertas pruebas y/o procedimientos que Medicare no cubre, de los cuales se le notificará y usted será responsable del pago en el momento de la visita.

**Medicaid:** Nuestros médicos participan en Medicaid; nosotros presentaremos las reclamaciones por usted. Usted deberá pagar cualquier copago en el momento de su visita.

**HMO y PPO:** Si participamos en su plan, presentaremos las reclamaciones por usted. Usted será responsable de cualquier copago, deducible o servicio no cubierto en el momento de su visita. Si su plan requiere una derivación o autorización de su médico de atención primaria, usted será responsable de obtenerla antes de su visita. **Pago privado:** Usted será responsable del pago total el día de la prestación del servicio.

**Copagos**

El copago se debe pagar al registrarse en la recepción para su cita. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, Mastercard, American Express y Discover. Podemos cobrar un recargo por servicio de $25.00 sobre los copagos que no se paguen en el momento del servicio. Los recargos por servicio no están cubiertos por el seguro, y usted será responsable de pagarlos en su totalidad.

**Cheques devueltos**

Todos los cheques devueltos están sujetos a un cargo de $30. Es importante que gestione los cheques devueltos con prontitud; de lo contrario, podríamos enviar su cuenta a una agencia de cobranza externa.

**Ausencias sin previo aviso y cancelaciones de última hora**

Le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de antelación si no puede asistir a su cita.

**Medicamentos inyectables**
Si el medicamento para su inyección se solicita a través de una farmacia especializada, usted deberá pagarlo a la farmacia antes de su cita; de lo contrario, esta se reprogramará.

**Responsabilidad financiera**
Si tiene seguro, usted es financieramente responsable del pago de su deducible, copago, coaseguro y cualquier monto que exceda lo que paga su aseguradora, excepto cuando esté exento por acuerdo contractual. Usted es responsable de cumplir con cualquier requisito que su aseguradora pueda tener con respecto a las derivaciones, y es su responsabilidad asegurarse de que tengamos una derivación válida en nuestros archivos si así lo requiere su plan.

**Saldos de pacientes**
Los pacientes reciben mensualmente sus estados de cuenta, y el pago debe hacerse al recibirlos. Si no recibimos su pago o una llamada telefónica suya para acordar un plan de pago, es posible que no se le permita programar citas futuras y que su cuenta sea enviada a una agencia de cobranza externa. Cualquier tarifa cobrada por la agencia de cobranza externa se agregará a su saldo adeudado. En el desafortunado caso de que debamos recurrir a asistencia legal para obtener el pago por los servicios brindados, los honorarios legales correspondientes se agregarán a su saldo adeudado.

**Dificultades financieras**
Ofrecemos varias opciones de pago, incluyendo planes de pago y descuentos. La atención médica puede tener un descuento de hasta el 100% en determinadas circunstancias. Para optar a la atención médica con descuento, es necesario presentar una solicitud, un comprobante de ingresos y copias de las declaraciones de impuestos y de los extractos bancarios. Puede pedir una solicitud llamando a nuestro Departamento de Facturación al (303) 261-1592.

**Cesión de beneficios**
Por el presente, usted autoriza el pago de los beneficios de su seguro médico (y, si corresponde, sus beneficios gubernamentales) directamente a Colorado Retina Associates por los servicios de atención médica que le hemos brindado.

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN PARA EL SEGURO**
En los casos en que se presenten reclamaciones de seguro, se debe completar el siguiente formulario. Para poder presentar una reclamación en su nombre y solicitar el pago de beneficios de su seguro, ya sea a usted o a la parte que acepte la cesión de beneficios, usted, el paciente, entiende que es financieramente responsable de las facturas presentadas y de cualquier saldo no pagado por el seguro. Una copia de esta firma tiene la misma validez que el original.

**RECONOCIMIENTO:**
HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA PRESENTADA ARRIBA Y/O ME HA SIDO EXPLICADA COMPLETAMENTE Y ENTIENDO SU CONTENIDO.

Nombre del paciente en letra de imprenta:_____ Fecha:_____

Firma:_____

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente:_____