



Polizas de la Practica

Poliza de Cancelación de Citas y Ausencias (No-Show)

Cargo por cancelación: Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación pueden estar sujetas a un cargo por cancelación el mismo día de **\$50.00**.

Cargo por ausencia (No-Show): No presentarse a una cita programada sin previo aviso se considera una ausencia y puede resultar en un cargo de **\$50.00**.

Cancelación del paciente por ausencias: Los pacientes que acumulen **tres (3) o más** ausencias pueden estar sujetos a la cancelación de su atención en el consultorio. Esta determinación queda a discreción del médico tratante.

Poliza de Tarifas por Liberación de Registros Médicos

Se aplica un cargo de procesamiento de **\$25.00** a todas las solicitudes de entrega de expedientes médicos, incluidas las presentadas por compañías de seguros de discapacidad y oficinas de abogados. Se aplica un cargo adicional de **\$10.00** por la entrega de fotografías de fondo de ojo (Fundus) a color y/o copias de resultados de OCT o Topografía.

Por ley, se requiere una autorización escrita y firmada por el paciente, padre/madre/tutor legal o apoderado antes de poder entregar los expedientes médicos.

Los cargos por entrega de expedientes pueden ser exonerados si:

- Se muda fuera del estado.
- Un proveedor de NVOA lo refiere a otro médico y se requiere la transferencia de sus expedientes.
- Ya no aceptamos su seguro médico.

Cargos por Completar Formularios

Si nuestros médicos deben completar formularios extensos, se aplicará un cargo de **\$25.00**.

La finalización de un **Formulario de Informe de Examen de la Vista del DMV** está sujeta a un cargo de **\$20.00**.

Poliza de Consentimiento para Menores

Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un **padre/madre o tutor legal** al momento de la visita.

Si un padre/madre o tutor legal no puede asistir, un **adulto autorizado** puede acompañar al menor **únicamente si se ha presentado un Formulario de Consentimiento para Menores firmado antes de la cita**. Las citas serán reprogramadas si no se recibe la autorización correspondiente.

Los menores que lleguen sin un padre/madre, tutor legal o adulto autorizado no serán examinados ni tratados.

Citas Familiares el Mismo Día

Limitamos las citas el mismo día con el mismo médico a **dos (2) miembros de una familia**. Las solicitudes para programar a más de dos miembros de una familia el mismo día requieren **aprobación previa del médico**.

Poliza de Deducibles

Para los pacientes con seguro médico, cualquier **deducible pendiente** se cobrará al momento del servicio, hasta el monto permitido según el contrato de su seguro. Esta política se aplica **tanto a las visitas al consultorio y cirugías**.

Si el deducible no se cobra al momento de la visita, se agregará un **cargo de facturación de \$25.00** una vez que se procese la reclamación del seguro.

Si tiene preguntas sobre esta política, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación.

Responsabilidad de Facturación y Seguro

Los pacientes son responsables de comprender la cobertura de su seguro, incluidos los beneficios, referidos, copagos, deducibles y montos de coseguro.

Todos los saldos que sean responsabilidad del paciente, incluidos copagos, deducibles pendientes, coseguro y servicios no cubiertos, **deben pagarse al momento del servicio**. Los referidos requeridos deben proporcionarse el día en que se prestan los servicios.

Poliza de Refracción

La refracción es la medición utilizada para determinar si se necesitan anteojos o lentes de contacto. Si se realiza, se factura utilizando un **diagnóstico de rutina (no médico)**, como miopía, hipermetropía o astigmatismo. No es necesario emitir una nueva receta para anteojos para que se aplique este cargo. Si su seguro no cubre los servicios de refracción, usted será responsable del costo. El cargo estándar por refracción es de **\$70.00**. Este cargo puede ser mayor para pacientes con **seguro Aetna** debido a requisitos contractuales.

Poliza de Examen de la Vista

El examen de la vista evalúa la salud general de sus ojos y se codificará como:

- **De rutina:** No se identifican condiciones médicas de los ojos; o
- **Médico:** Presencia de condiciones como cataratas, glaucoma, ojo seco, visión doble, diabetes u otras enfermedades oculares.

La determinación del tipo de examen queda exclusivamente a criterio del médico que realiza el examen.

Autorización para Acceder al Historial de Medicamentos

Autorizo a NVOA a acceder y revisar electrónicamente mi historial de medicamentos, incluidas las recetas emitidas por proveedores que no pertenecen a NVOA, con el propósito de coordinar mi atención médica.

Uso de Escribas Médicos

Algunos médicos pueden utilizar escribas médicos remotos. Los escribas ayudan a documentar las partes pertinentes de la visita para garantizar que los expedientes médicos sean precisos y completos. Toda la documentación es revisada y aprobada por el médico antes de su finalización.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo derechos relacionados con la privacidad de mi información médica protegida. Entiendo que mi información médica puede utilizarse para:

- Coordinar, planificar y administrar mi tratamiento entre los proveedores de atención médica.
- Obtener pagos de compañías de seguros u otros terceros responsables del pago.
- Llevar a cabo operaciones rutinarias de atención médica, incluidas evaluaciones de calidad y acreditación de proveedores.

Entiendo que puedo revisar el **Aviso de Prácticas de Privacidad de NVOA**, que explica estos usos y divulgaciones con mayor detalle. Reconozco que NVOA puede actualizar este aviso y que puedo solicitar una copia vigente en cualquier momento. Entiendo que puedo solicitar por escrito restricciones sobre el uso o la divulgación de mi información médica. Aunque NVOA no está obligada a aceptar dichas restricciones, cualquier limitación acordada será respetada.

Si desea incluir a alguien bajo su autorización de HIPAA, proporcione su nombre y relación con usted. Para los menores de edad, se debe incluir al padre/madre o tutor legal:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

Yo, _____ (nombre del paciente), he leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas indicadas anteriormente:

Nombre del paciente (en letra): _____ Firma: _____

SI NO ES EL PACIENTE:

Nombre de la tercera persona (en letra): _____ Firma: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha: _____