



# Formulario de política financiera

Este documento describe nuestras políticas financieras y cómo pueden afectarle.  
Por favor, reviselo cuidadosamente.

## Nuestra política financiera

- Usted, el paciente (o el padre o guardia del paciente, si éste es menor de edad), es responsable del pago del tratamiento y la atención que reciba a través de Tapadia Eye Care.
- **Comprensión de su plan de seguros:** En su nombre, facturaremos a las aseguradoras con las que tengamos contrato los servicios que le prestemos.
  - Es su responsabilidad conocer y cumplir los requisitos de su plan, así como sus limitaciones y exclusiones de cobertura. Por ejemplo, usted es responsable de saber si su plan de salud requiere una autorización previa o una derivación de su médico de cabecera (PCP) o clínico para poder recibir servicios en Tapadia Eye Care.
  - Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, hable directamente con su aseguradora para que se lo aclare.
- **Cuentas de auto pagó:** Si tiene un plan de seguro con el que no estamos contratados, o si no tiene seguro, su cuenta se considerará "Pago Propio". Requeriremos el pago de los servicios en su totalidad en el momento de su visita.
- **Información actualizada y precisa:** Es responsabilidad de usted, el paciente, proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre la situación de su seguro. Si se rechaza un reclamo de seguro porque la información que ha proporcionado está incorrecta o no está actualizada, usted será responsable del pago.
  - Su tarjeta de seguro, o otra verificación de seguro, debe estar archivada en nuestra oficina para que podamos facturar a su seguro.
    - Si no proporciona la información de su seguro en el momento de obtener los servicios en nuestra oficina, u si no podemos verificar su elegibilidad en base a la información que usted proporciona, entonces su cuenta puede ser considerada como una cuenta de "Pago Propio".
    - Si proporciona su tarjeta de seguro u otra verificación de seguro después de su visita, entonces podemos presentar una reclamación a su seguro en ese momento. Si su seguro nos reembolsa los servicios prestados, le reembolsaremos en consecuencia.
- **Copagos, coaseguros, y deducibles:** Usted, el paciente, es responsable de pagar su copago, coaseguro y/o deducible en el momento en que le brindamos los servicios. Requerimos el pago de la totalidad de la Responsabilidad del Paciente en el momento de su visita, incluyendo todos los copagos, deducibles y coaseguros, de acuerdo con la lista de tarifas contractuales de su aseguradora.
  - Haremos todo lo posible para estimar su responsabilidad como paciente con la mayor precisión posible.
  - Una vez que su compañía de seguros adjudique el reclamo de su visita, le reembolsaremos o le facturaremos los montos pendientes.
- **Servicios no cubiertos:** Es responsabilidad de usted, el paciente, pagar los servicios no cubiertos por su póliza de seguro. Dado que cada plan de seguro es diferente en su cobertura, su plan de seguro puede excluir ciertas pruebas y procedimientos de la cobertura. Haremos todo lo posible para informarle si un servicio que recomendamos no está cubierto por su plan de seguro. Si decide someterse al servicio, le cobraremos un depósito, que le será devuelto si su seguro paga el servicio.
- **Morosidad de la cuenta:** Si usted no remite el pago a su vencimiento, y su cuenta se vuelve morosa o se entrega a una agencia de cobros o a un abogado para el cobro, usted es responsable de pagar todos los gastos de cobro resultantes, costos judiciales y honorarios de los abogados.
- **Tipos de pago:** Para su comodidad, aceptamos el pago en efectivo, cheque personal, y tarjetas de crédito y débito.

## **Lista de tasas administrativas**

---

Nuestro objetivo es ser lo más transparentes posible en cuanto a nuestras políticas financieras y tarifas. A continuación encontrará una lista de nuestras tarifas administrativas.

- **Historial médico:** Tiene derecho a una copia de tu historial médico.
  - **Envío de registros a la oficina de otro doctor/clínico:** Si desea que envíemos sus registros a la oficina de otro médico o clínico, por favor complete y envíe un formulario de liberación de registros médicos a nosotros. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web, o puede utilizar un formulario proporcionado por el consultorio del médico o clínico receptor. Este servicio es gratuito.
  - **Solicitar una copia de su historial para usted:** Puede solicitar una copia de su historial médico para usted. De acuerdo con la ley de California (Salud y código de seguridad §123110), cobramos las siguientes tarifas:
    - **Para copias en papel:** Tasa administrativa de \$15, más \$0.25 por página, más los gastos de envío, si procede.
    - **Para copias electrónicas:** Tasa fija de \$6.50.
  - **Solicitar una copia de su historial para apoyar una apelación de las prestaciones públicas:** Si se les deniega el derecho a las prestaciones públicas y apela esta decisión, tiene derecho a una copia gratuita de las partes pertinentes de su historial médico para apoyar su apelación. Esto está de acuerdo con la ley de California (Código de Salud y Seguridad §123110).
- **Cargos por no presentarse y por cancelación:** Si cancelas o cambias la fecha de tu cita sin avisar con 24 horas de antelación, o si no te presentas a una cita, se te cobrará una tarifa de \$40 por incidente.
  - Los gastos de cancelación o de no presentación deben ser pagados en su totalidad antes de poder programar una cita de seguimiento.
  - Tres o más citas consecutivas sin presentarse pueden suponer el despido de la consulta.
- **Política de cumplimentación de formularios:** La cumplimentación de los formularios para las reclamaciones de la Ley de Baja Médica Familiar (FMLA), el Departamento de Vehículos de Motor, las reclamaciones por discapacidad y otros fines va más allá de la atención médica rutinaria. Cuando el médico firma estos formularios, es personalmente responsable de la exactitud de la información contenida en ellos. La cumplimentación de estos formularios requiere una cuidadosa atención a los detalles y un tiempo considerable. Por lo tanto, cobramos una tarifa de \$30, que se pagará en el momento de la solicitud, por cada formulario completado. Es posible que también haya que llenar un formulario de cesión de historiales médicos en el momento de la solicitud.
- **Cheques devueltos:** Los cheques devueltos conllevan un cargo de \$25 dólares por cheque devuelto.
- **Saldo de la cuenta:** Si su cuenta tiene un saldo pendiente de \$50 o más, le exigimos que pague el saldo antes de prestarle más servicios.

### **Resumen de las tasas administrativas:**

---

Entrega de la historia clínica a otro doctor/clinico	Sin cargos
Entrega de expedientes médicos para apelación de beneficios públicos	No se cobra por la publicación única de las secciones pertinentes
Liberación de historiales médicos para su propio uso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copias en papel: \$15 de gastos administrativos, más \$0.25 por página, más los gastos de envío, si procede</li><li>• Copias electrónicas: tarifa plana de \$6.50</li></ul>
Cancelación/reprogramación sin aviso de 24 horas	\$40 por incidente
Tasa de no presentación	\$40 per occurrence
Completar el formulario	\$30 por formulario
Cheques devueltos	\$25 por cheque devuelto
Saldo máximo de la cuenta antes de la programación	\$50 o más



## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. **Por favor revíselo con atención.**

### Sus Derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limite la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

### Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos su información:

- Contarle a tu familia y amigos sobre su condición
- Brindar socorro en caso de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información como:

- Trato de usted
- Dirigir nuestra organización
- Facturación de sus servicios
- Ayuda en cuestiones de seguridad y salud pública
- Investigar
- Cumplir la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas
- Responder a demandas y acciones legales

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y de otros datos médicos que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

#### Pedimos que corrijamos su historial médico

- Puede pedirnos que corrijamos información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Esto debe hacerse por escrito. Pregúntenos cómo.
- Podemos decir que "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le envíemos el correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

#### Pedimos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que "no" si esto afecta a su atención.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Le diremos que sí, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

## **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información**

- Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo pide, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiríremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el coste si solicita otro en un plazo de 12 meses.

## **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

## **Elige a alguien para que actúe por usted**

- Si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su guardia legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## **Presente una queja si considera que se han violado sus derechos**

- Puede reclamar si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

**Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decírnoslo:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en caso de catástrofe

*Si no puede decírnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas

## **Nuestros usos y divulgaciones**

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### **Para tratarlo/a**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que le atiende por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado médico general.*

### **Para dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.*

### **Para facturar sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Damos información sobre usted a su seguro médico para que pague sus servicios.*

## **¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información sanitaria?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayuda en cuestiones de seguridad y salud pública**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted en determinadas situaciones, por ejemplo:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda a la retirada de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

## **Investiga**

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

## **Cumplir la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

## **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**

Podemos compartir la información sanitaria con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

## **Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas**

Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre usted:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con los organismos de control sanitario para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del documento.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.