

**COLUMBUS EYE ASSOCIATES & COLUMBUS OPTICAL
FINANCIAL/TREATMENT POLICY AGREEMENT**

As of 9/22/15

INFORMACIÓN DE CONTACTO . Entiendo que es mi responsabilidad de proveer y mantener Columbus Eye Associates y Columbus Optical con mi dirección más reciente postal, número telefónico , número de teléfono celular , número de teléfono del trabajo, y dirección de correo electrónico . Entiendo que esto es muy importante para que yo pueda poner en contacto con respecto a mi cuidado de los ojos y de mis necesidades ópticas del desgaste del ojo .

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO . La dirección de correo electrónico que usted proporciona a continuación sólo se utilizará para fines tales como que le proporciona la educación del paciente , en el consultorio avisos profesionales, tales como recordatorios de citas y recuerda , boletines de noticias , especiales sobre exámenes de la vista y los bienes y servicios ópticos. Mi correo electrónico primaria es _____

Refracción. Una de las partes más importantes de su examen de la vista es la refracción . Esa es la parte del examen por el cual podemos determinar si se le puede ayudar de alguna manera por una nueva receta gafas. **REFRACCION** se refiere a cómo se doblan las ondas de luz a medida que pasan a través de la córnea y la lente . Una evaluación de la refracción ayuda a determinar una receta de lentes correctivos que le dará una visión más nítida. Un médico o un técnico puede utilizar una técnica llamada retinoscopia . En este procedimiento, que brillan a la luz en el ojo y medir el error de refracción mediante la evaluación del movimiento de la luz reflejada por la retina. Luego afinar esa evaluación refracción pidiéndole que mirar a través de un Phoropter , un dispositivo similar a una máscara que contiene ruedas de diferentes lentes y juzgar qué combinación le da la visión más nítida. Al repetir este paso varias veces , son capaces de encontrar los lentes que le dan la mayor agudeza posible. También es como determinamos la mejor agudeza visual y la función del ojo , que es la información médica esencial tener al evaluar los ojos y detectar problemas . Entiendo que sin la refracción mi médico no puede ser capaz de evaluar plenamente la salud y la función de mis ojos. También entiendo que la mayoría de los planes de seguros consideran una refracción de un servicio de "visión" no es un servicio " médico" , por lo tanto, entiendo que una refracción no es un servicio cubierto por Medicare y la mayoría de las otras compañías de seguros y es mi responsabilidad de pagar por la refracción en el momento del servicio. El costo de la refracción es de \$30. A menos que mi plan cubre automáticamente el cargo refracción, esta tasa se aplica en el momento del servicio , además de cualquier co - pago mi plan puede requerir . Acepto la plena responsabilidad financiera por el costo de este servicio y entiendo que es debido al tiempo de servicio. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que pueda tener son independientes y no están incluidos en la cuota de refracción.

CONTACTAR CON LENTE DE EVALUACIÓN . Entiendo que si soy paciente lleva lentes de contacto , durante mi visita al médico una evaluación de lentes de contacto se puede realizar para comprobar la salud de los ojos y mirar para los efectos adversos de las lentes de contacto . También entiendo que esto puede no ser un servicio cubierto por Medicare , Medicaid y la mayoría de las otras compañías de seguros . La tarifa de \$ 20 por este servicio proporcionado por mi Columbus Eye Associates Doctor es mi responsabilidad de pagar en el momento del servicio. También entiendo que puede haber un cargo por despacho independiente encargado por Colón óptico que puede ser mi responsabilidad. ¿Por qué hay una tarifa de evaluación de lentes de contacto , además de la tasa de examen oftalmológico estándar ? Contacte con pacientes de lentes requieren pruebas adicionales y de seguimiento más allá de lo que se hace durante un examen ocular de rutina. Las lentes de contacto son dispositivos médicos y, aunque pueden sentirse bien , hay riesgos para la salud que deben ser tomados en serio. Con el fin de renovar su receta de lentes de contacto, su médico puede necesitar realizar pruebas que no son parte de un examen oftalmológico estándar con una periodicidad anual . Las pruebas que se pueden realizar son :

- examen con lámpara de hendidura microscopio de la lente de contacto en el ojo para comprobar el ajuste del objetivo.
- microscopio con lámpara de hendidura examen de los tejidos córnea, conjuntiva y párpados.
- refracción lente de contacto para determinar la potencia receta de lentes de contacto correcta (prescripciones de lentes de contacto son diferentes de las prescripciones de la lente) .
- Revisar los nuevos diseños de lentes y materiales que pueden mejorar la comodidad y / o de salud .
- topografía de la córnea , un mapa digital del color de la superficie de la córnea para controlar la forma y la curvatura , que puede ser afectado por el uso de lentes de contacto .

PROVEEDOR PARTICIPANTE y participar CENTRO LOCALIDAD . Entiendo que es mi responsabilidad de determinar si el doctor que reciben servicios de la ubicación de las instalaciones donde recibí de los servicios es un proveedor participante en mi red de mi seguro , y también mi responsabilidad de proporcionar siempre la copia más actual

de mi seguro tarjeta en cada visita. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros para pagar el producto de los beneficios debido mí, directamente a Columbus Eye Associates y / o Columbus óptico . También autorizo a Columbus Eye Associates y / o Columbus óptico para liberar toda la información necesaria para procesar esta tarea de la reivindicación . Entiendo que Columbus Eye Associates y / o Columbus óptica están obligados a presentar la información de mi reclamación a mi compañía de seguros si están bajo contrato con ellos.

CONSENTIMIENTO DEL EXAMEN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA . Doy mi consentimiento para el examen y / o tratamiento de mí mismo o como padre / tutor del paciente nombrado en este formulario . Reconozco y entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados a mí. A pesar de que puede haber pedido que mi factura de mi seguro médico , entiendo que es mi responsabilidad para asegurarse de que se paga la factura . Yo entiendo que si yo tengo Medicare , Medicaid y / o de otra compañía de seguros que soy financieramente responsable del pago de los exámenes y / o artículos de óptica que no son un beneficio cubierto.

CARGOS formulario. Entiendo que puede haber un cargo formulario para llenar formularios adicionales para las compañías de seguros. Si el formulario es requerido por una compañía de seguros de salud o por una agencia estatal o federal por discapacidad, etc , no voy a ser responsable de un cargo formulario. Sin embargo , si el formulario es para uso personal y no se asocia con un examen , o si es una forma de seguro de vida , o en forma de incapacidad personal , entiendo que seré responsable de la carga de forma \$ 10 por formulario.

GOTAS dilatación . Entiendo que gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos para permitir a los médicos para obtener una mejor visión del interior de mis ojos. Entiendo que gotas para dilatar frecuentemente empañan la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes que le cause molestia . También entiendo que no es posible para los médicos y el personal de Columbus Eye Associates para predecir cuánto se verá afectada mi visión. Debido a conducir puede ser difícil inmediatamente después de mi examen , entiendo que es mejor si hago arreglos no conducir yo. Entiendo que las reacciones adversas , como el glaucoma agudo de ángulo cerrado , se pueden desencadenar de las gotas de dilatación y que esto es extremadamente raro y se puede tratar con la atención médica inmediata . Entiendo que la gotas para los ojos utiliza para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos puede ser necesaria para diagnosticar mi enfermedad , por lo tanto , autorizo a los médicos y / o personal en Columbus Eye Associates para administrar gotas para dilatar los ojos cada vez que se examinan los ojos a menos que yo declino de que se dilate .

VISIÓN SERVICIOS DE RUTINA . Entiendo que los servicios oftalmológicos de rutina (como los exámenes anuales de la vista , lentes de contacto con los exámenes , póngase en contacto con las evaluaciones de lentes , monturas , lentes y / o lentes de contacto, etc .) Se pagará en el momento del servicio, a menos que haya un beneficio de la vista disponibles en mi plan de seguro. También entiendo que para mis exámenes de la vista para ser un " examen de rutina " No puedo presentar cualquier queja, problema o diagnóstico , excepto las relativas a la recepción de unas gafas o lentes de contacto (como miopía, hipermetropía , etc .) . Entiendo que si me han referido a los médicos en Columbus Eye Associates por otro médico para obtener un diagnóstico médico, diagnosticado previamente con un diagnóstico médico, o durante mi evaluación del médico documenta un diagnóstico médico que pueda afectar la salud de los ojos (por ejemplo, como ojos secos , diabetes, hipertensión , cataratas, glaucoma , etc .) entonces mis exámenes de la vista serán considerados un examen médico de los ojos no es un examen de rutina . Entiendo que los exámenes oculares de rutina son facturables a los Planes de Seguro de Visión y Exámenes de la vista médicos son facturables a los planes de seguro médico de salud . Si no tengo un plan de seguro de la vista de rutina, estoy de acuerdo en hacer el pago completo para mis exámenes de la vista y el orden de artículos de óptica en el momento de realizar el pedido . Si tengo un plan de seguro de la vista de rutina, estoy de acuerdo en hacer el pago completo en el momento en que recibo mis exámenes de la vista y cuando hago mi pedido artículos de óptica de cualquier cantidad que se considera mi responsabilidad por mi plan de seguro de visión . Si tengo un beneficio de la vista disponibles en mi seguro de visión planificar Autorizo Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados a solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por ellos. También cedo mis beneficios y solicitar que todos los pagos de mi plan de seguro de visión pueden hacer directamente a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados . Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por el pago total de cualquier cantidad que no está cubierto por mi plan de seguro de visión . Entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados no puedo garantizar lo que mis beneficios de plan de seguro de visión son hasta que mi plan de seguro de visión ha procesado mi reclamo . Como resultado de ello , entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados no son responsables de determinar qué beneficios de mi plan de seguro de visión son . Entiendo que es mi responsabilidad determinar si Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados y la ubicación de las

instalaciones donde se reciben los servicios o los bienes son de un proveedor participante en mi plan de seguro de la vista y que es mi responsabilidad de proporcionar a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados mi copia más actual de mi tarjeta de seguro de visión . Entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados pueden estar obligadas a presentar la información de mi solicitud a mi plan de seguro de visión si tienen un acuerdo con mi plan de seguro de visión . Yo certifico que la información que he proporcionado a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados con respecto a mi cobertura es correcta . Además, autorizo a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados a liberar a mi plan de seguro de la vista y sus agentes cualquier información relacionada con este o cualquier reclamación relacionada.

PROTOCOLO PARA LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

El paciente tiene el derecho a expresar libremente quejas y recomendar cambios en la atención o los servicios sin temor a represalias o interrupción injustificada de servicios. Servicio , equipos y facturación quejas serán comunicadas a la administración y la gestión superior. Estas quejas serán documentadas en los beneficiarios Queja Iniciar Medicare y formularios incluirán el nombre del paciente , dirección, número de teléfono, un resumen de la queja, la fecha en que fue recibido , el nombre de ' la persona que recibe se queja, y Resumen de las medidas adoptadas para resolver la queja . Todas las quejas serán manejadas de manera profesional . Se investigarán todas las denuncias registradas, actuar en consecuencia , y respondieron por escrito o por teléfono por un gerente dentro de un tiempo razonable después de la recepción de la queja. Si no hay solución satisfactoria de la queja, el siguiente nivel de gestión se notificará progresivamente y hasta el presidente o dueño de la empresa . El paciente será informado de este protocolo de resolución de quejas en el momento de la puesta en marcha del servicio.

Imprima Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR ENCIMA DE, Imprima Nombre del padre / tutor
del paciente: _____

Firma del padre / tutor del paciente: _____ Fecha: _____