Mary Washington Eye Care Center Financial Policy

We ask that all patients pay for their office visits and applicable co-pays at the time of service unless you have a previously arranged payment plan agreement. Our mission is to improve the health status of all people in our community. One way we do this is by offering charity care (this is also called free care) discounts on medical bills and payment arrangements for medical bills. This help is only for “medically necessary" services. If you believe you qualify for financial assistance, please ask for additional information.

Returned Check Fee: I understand and agree that if any payment made by me or on my behalf by check is returned from the financial institution as unpaid, I am responsible and agree to pay a $25 returned check service, in addition to the original amount.

No Call, No Show Policy: Failure to cancel within 24 hours of your appointment may result in a $50 charge.

Form Policy: There will be a $30 charge for any forms that needs to be filled out by the physician.

Your Eye Examination: Eye Examinations can have two portions, the **eye exam** and the **refraction**. The **refraction** is the measurement taken to determine if there is a need for glasses and if needed will result in a glasses prescription. Refractions may be done for routine eye exams or medical exams.

You **will be refracted** for the following reasons:

- Your vision has dropped by more than 2 lines on the eye chart
- You have any visual discomfort
- It has been more than 2 years since your last refraction

Most medical insurance plans, including Medicare, do not pay for refractions. You may be asked to pay the refractive exam fee at the time of your visit. ***Routine vision insurances cover this service as part of a comprehensive eye exam.***

Contact Lens Services: If you currently wear or wish to begin wearing contacts, there is a separate charge for the contact lens services. If this fee is not covered by your insurance, payment will be due at the time of service. *Your contact lens exam fee covers 3 months of contact lens follow up care. If your contact lens prescription is not finalized within that time, you may be subject to additional fees.*

Use and Disclosure of Protected Health Information: I understand that Mary Washington Healthcare and its related Affiliates (the “Facilities”) may use and disclose my protected health information for purposes of treatment, payment and health care operations. I also acknowledge that I have received, have been offered, or have received in the past a copy of the *Notice of Privacy Practices* for the Facilities, which provides information about how the Facilities, and individuals involved in my care at the Facilities, may use and disclose my protected health information. As provided in the *Notice,* the terms of the *Notice* may change. To obtain a copy of any current *Notice*, please contact the Privacy Officer at 1.800.442.8762. I understand that I have the right to request that the Facilities restrict how my protected information is used or disclosed for treatment, payment of health or health care operations, but I also understand that the Facilities are not required to agree to a requested restriction. However, if the Facilities do agree, they are bound by that agreement.

_____

Signature of patient or responsible party Date

_____

Print Name Relationship to patient

Política Financiera de Mary Washington Eye Care Center

Solicitamos que todos los pacientes paguen sus visitas al consultorio y los copagos correspondientes en el momento del servicio, a menos que tenga un acuerdo de plan de pago previamente acordado. Nuestra misión es mejorar el estado de salud de todas las personas de nuestra comunidad. Una forma en que hacemos esto es ofreciendo atención caritativa (a esto también se le llama atención gratuita), descuentos en facturas médicas y arreglos de pago para facturas médicas. Esta ayuda es solo para servicios "médicamente necesarios". Si cree que califica para recibir asistencia financiera, solicite información adicional.

Cargo por cheque devuelto: Entiendo y acepto que si cualquier pago realizado por mí o en mi nombre por cheque es devuelto por la institución financiera como impago, soy responsable y acepto pagar un servicio de cheque devuelto de $25, además del monto original.

Política de no llamar ni presentarse: No cancelar su cita con 24 horas de anticipación, puede resultar en un cargo de $50.

Política de formularios: Habrá un cargo de $30 por cualquier formulario que deba ser llenado por el médico.

Su examen de la vista: Los exámenes de la vista pueden tener dos partes, el **examen de la vista** y la **refracción**. La **refracción** es la medida que se toma para determinar si se necesitan anteojos y, de ser así, resultará en una receta de anteojos. Las refracciones se pueden hacer para exámenes de la vista de rutina o exámenes médicos.
Se le realizará refracción por las siguientes razones:

- Su visión se ha reducido en más de 2 líneas en la tabla optométrica
- Tienes alguna molestia visual
- Han pasado más de 2 años desde su última refracción

La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, no pagan las refracciones. Es posible que se le pida que pague la tarifa del examen refractivo en el momento de su visita. ***Los seguros de la vista de rutina cubren este servicio como parte de un examen completo de la vista.***

Servicios de lentes de contacto: Si actualmente usa o desea comenzar a usar lentes de contacto, hay un cargo por separado por los servicios de lentes de contacto. Si esta tarifa no está cubierta por su seguro, el pago deberá realizarse en el momento del servicio. *Su tarifa de examen de lentes de contacto cubre 3 meses de atención de seguimiento de lentes de contacto. Si su receta de lentes de contacto no se finaliza dentro de ese tiempo, puede estar sujeto a tarifas adicionales.*

Uso y divulgación de información de salud protegida: Entiendo que Mary Washington Healthcare y sus afiliados relacionados (los "Centros") pueden usar y divulgar mi información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que he recibido, se me ha ofrecido o se me ha proporcionado en el pasado una copia del *Aviso de prácticas de privacidad* para los Centros, que proporciona información sobre cómo los Centros y las personas involucradas en mi atención en los Centros pueden usar y divulgar mi información de salud protegida. Según lo dispuesto en el *Aviso*, los términos del *Aviso* pueden cambiar. Para obtener una copia de cualquier *Aviso* actual, comuníquese con el Oficial de privacidad llamando al 1-800-442-8762. Entiendo que tengo derecho a solicitar que los Centros restrinjan la forma en que se usa o divulga mi información protegida para tratamiento, pago de atención u operaciones de atención médica, pero también entiendo que los Centros no están obligados a aceptar una restricción solicitada. No obstante, si los Centros están de acuerdo, están obligados a cumplir con lo acordado.

_____

Firma del paciente o parte responsable Fecha

_____

Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente