

**POLIZA FINANCIERA**

En Visionary Ophthalmology nos esforzamos por ofrecerle el más alto nivel de servicio y la mejor atención médica. Es su responsabilidad proporcionarnos la información de su seguro médico. Le pedimos que por favor traiga a su cita su documento de identidad y la tarjeta del seguro, con el objetivo de efectuar el cobro a su compañía de seguro.

CANCELACIONES DE CITAS: Cualquier cancelación o reprogramación de citas debe ser notificado con 24 horas de anticipación. No cancelar su cita o no venir a la cita tendrá un cobro de \$35 dolares por visita.

REFRACCION: Una de las partes más importantes de su examen de la vista es la refracción. Este examen determina no sólo su receta de anteojos más precisa, sino la mejor visión posible, además de ayudar a nuestros médicos a tomar mejores decisiones sobre sus opciones de tratamiento. La refracción no se considera un "servicio médico", sino un "servicio de la visión" y Medicare y la mayoría de las compañías de seguros no lo cubren. Nuestra tarifa por este servicio es de \$ 55.00, y debe ser pagada el día de su examen. Nosotros podremos cobrarle a su compañía de seguros y, en caso de que paguen este examen con gusto le reembolsaremos su dinero.

PLANES DE VISION: Si usted tiene un plan de rutina de la vision, por favor informe a la recepcionista en el momento de llegar a nuestra oficina. Participamos con la mayoría de los planes de seguros médicos y planes de visión. Los Planes de seguro médico cubrirán problemas de la salud ocular (como el ojo seco, glaucoma, catarata) pero no cubren el costo de los anteojos, lentes de contacto y el cuidado rutinario de la vista, como la refracción (arriba). A su vez, los Planes rutinarios de la vista serán válidos únicamente para los exámenes de rutina, pero no cubren problemas médicos de los ojos. Durante su examen, si se le diagnóstica un problema médico de los ojos, mandaremos un reclamo a su plan médico. Todos los planes de vision son diferentes y algunos cubren parte de la refraccion. Como una cortesía para usted, trataremos de verificar sus beneficios de vision antes de su visita.

LENTE DE CONTACTO: En la mayoría de los casos, los planes de seguro medico y de rutina de la vista no cubren el costo de la evaluación de lentes de contacto, la verificación de la prescripción, y la prueba. El cargo por estos servicios profesionales de lentes de contacto es un cargo independiente y adicional al examen de la vista, y varía entre \$ 50 a \$ 300, dependiendo de la complejidad de los lentes de contacto, el tipo de lentes y la necesidad de instrucción en la inserción y remoción de lentes de contacto. Por favor, informe a nuestro personal cuando usted haga su cita y en el momento de llegar a nuestras oficinas si usted necesita lentes de contacto, o si desea que su receta sea actualizada o verificada.

CHEQUES DEVUELTOS: Todo pago efectuado por medio de cheque que no sea pagado por su cuenta bancaria, generara un cargo por fondos insuficientes. Nuestra tarifa por falta de fondos es de \$ 40.00 y se añadirá a su cuenta por cada cheque devuelto.

CO-PAGOS/DEDUCTIBLES: De acuerdo con su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier co-pago en el momento de servicio. Si usted no puede pagar el co-pago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o reprogramar su cita. Es nuestra poliza cobrarle todas las cantidades y cobros no cubiertos por su seguro y coleccionar los deductibles que los seguros nos permitan.

PAGO POR SU CUENTA / SIN SEGURO: Si usted es el único responsable de todos los cargos incurridos le pedimos pagarlos el día de su cita. Si su tratamiento es muy amplio, o necesita cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, incluyendo los procedimientos de cirugía refractiva, ofrecemos 0% de financiamiento hasta por 12 meses con Care Credit y Chase Health Advance para ayudar a que sus pagos sean más manejables.

PLANES HMO / REFERIDOS: Algunos planes medicos requieren que tengamos una autorización válida o un referido de su doctor primario el día de su cita. Si usted no tiene un referido específico en el momento de su visita, nos reservamos el derecho a cancelar o reprogramar su cita, hasta que usted obtenga su referido. Si usted elige ser visto sin un referido, el pago completo por su cuenta será requerido en el momento de los servicios.

CIRUGÍA: Tarifa de cancelación: Cualquier cancelacion o cambio de fecha de cirugia que no se haga con tres (3) dias de anticipacion a la fecha de la cirugia, incurrirá en un cobro administrativo de \$ 150.00. Kit quirúrgico: Las compañías de seguros no cubren el costo de el kit quirúrgico (\$ 20.00), por lo que será responsabilidad del paciente para asumir dicho pago.

Su firma indica que usted ha leído, entendido y que esta de acuerdo con las polizas, las responsabilidades financieras y los procedimientos de nuestra oficina.

Firma del Paciente /o Representante del Paciente

Fecha