



POLITICA FINANCIERA DE ENVISION EYECARE

La industria de seguros médicos está cambiando constantemente. A diario vemos el desarrollo de diferentes compañías de seguros médicos, organizaciones de atención administrada, grupos de PPO, HMO, IPA, y tantos más por lo cual es difícil nombrar a todos.

Esta explosión de terceros administradores, combinada con la falta de regularización de políticas y procedimientos hace casi imposible que podamos mantener un registro exacto de las organizaciones que se encargan de pagar nuestros honorarios y muy difícil para nosotros el determinar cuáles son los servicios que cada paciente puede obtener bajo su seguro médico.

Nosotros podemos contactar a su compañía de seguro médico para verificar cuales son los beneficios con los que usted cuenta, sin embargo, nosotros no nos hacemos responsables por la veracidad de la información que nos proporcionen. **EL HECHO DE QUE SU COMAÑIA DE SEGURO MEDICO VERIFIQUE SU COBERTURA NO NOS GARANTIZA QUE ELLOS PAGARAN POR SUS SERVICIOS.**

Nosotros con mucho gusto podemos enviar el reclamo a su compañía de seguro médico con toda la información necesaria que usted nos proporcionó. Si su compañía de seguro médico determina después de que usted recibió los servicios, que estos no están cubiertos bajo su plan, usted es responsable de pagar todos los servicios que recibió.

USTED DEBE PAGAR POR LOS SERVICIOS QUE SU SEGURO MEDICO NO CUBRE, CO-PAGOS O DEDUCIBLES EL MISMO DIA QUE RECIBE SUS SERVICIOS.

A TODAS LAS CUENTAS QUE SEAN ENVIADAS A UNA AGENCIA DE COLECCIÓN SE LES AGREGARA UN RECARGO.

He leído y comprendo la **Política Financiera de Envision Eyecare** y estoy de acuerdo a seguir con los términos.

_____ Iniciales

_____ Fecha

He leído y comprendo la **Política de Privacidad de Envision Eyecare**. Entiendo que puedo recibir una copia de la política si lo solicito.

_____ Iniciales

_____ Fecha



Seguro Médico y de Visión

Muchos de nuestros pacientes cuentan con seguro médico y de visión, por lo tanto nos gustaría que comprendieran la diferencia entre ambos. Esto es muy importante ya que varía en lo que su plan cubre, paga, etc.

Su plan de visión está diseñado para determinar una receta para anteojos o lentes de contacto y no está equipado para tratar condiciones médicas complejas y/o enfermedades y no incluye un examen detallado de la retina, por lo tanto el costo para este servicio es regularmente más bajo.

Cuando se presenta una condición médica o un diagnóstico (como, diabetes, presión arterial elevada, o enfermedad ocular) es necesario enviar el reclamo a su seguro médico. Los copagos que tenga para visitas a especialistas aplicaran en ese momento. Existen diferentes niveles de exámenes médicos y sus costos varían. Algunos exámenes médicos no son cubiertos por su seguro médico, por lo tanto usted será responsable de esos costos. Los costos médicos por lo regular son más elevados que los costos de visión. **Si usted no cuenta con un seguro médico pero requiere algún examen médico, usted debe darse cuenta que el costo va a ser más alto que el de un examen de la vista regular.**

Para complicar aún más las cosas, algunas compañías de seguro consideran que un examen de la vista se basa en razones médicas por lo tanto tenemos que enviar esos reclamos con códigos médicos. Esto ocasiona que el costo del examen sea más elevado. Tricare es una de estas compañías de seguro.

Si usted cuenta con un seguro médico/visión, **tenemos** que verificar su cobertura antes de su visita. La única excepción es en caso de una emergencia ocular.

Nuestra oficina no hace estas reglas, estas reglas las definen las compañías de seguro. Por lo regular no sabremos qué tipo de estudios va a requerir hasta que no empiece su examen. Nosotros tratamos de aceptar la mayoría de los seguros médicos/visión, pero si no aceptamos su plan, le podemos entregar una factura para que usted inicie el reclamo directamente con su compañía de seguro.

Su firma en la parte inferior indica que usted comprende todo lo que aquí se menciona y nos asigna todos los beneficios. Tenga o no usted cobertura de seguro, comprende que los cargos por la visita son su responsabilidad, y que usted está de acuerdo en pagar cargos por servicios de **colección hasta de un 75%** más de la cantidad originalmente facturada si usted no liquida su balance en un tiempo moderado. Los exámenes de la vista son un servicio, por lo tanto **NO** hay devoluciones por este servicio.

Todos los costos, copagos de seguros y costos de exámenes para lentes de contacto (que su seguro no cubra) deben ser liquidados al final de su examen.

____ Iniciales

____ Fecha



Politica de Garantía de Anteojos

Lentes: Un año de garantía, podemos reemplazar sus lentes solamente una vez, si se encuentran rayados ó quebrados (excepto cristales ó lentes de plástico CR-39).

Armazón: Un año de garantía, podemos reemplazar sus armazones solamente una vez si estan rotos ó por algun defecto de fabricación.

1. Se aplicara un cargo de \$9.95 de manejo y envio por cada reemplazo.
2. Los armazones que muestren maltrato o abuso intencional por parte el usuario no seran cubiertos.
3. La garantía queda anulada si usted trata de reparar con pegamento el armazon ó si estan mordidos por un perro ó cualquier otro animal.
4. Un 2do reemplazo esta disponible con un 50% de descuento del precio regular.

_____ Iniciales

_____ Fecha



Política de ventas

1. Todas las ventas son finales.
2. Estamos seguros que le van a encantar sus nuevos anteojos; sin embargo, si usted no esta completamente satisfecho, podemos cambiar sus anteojos por otro par de igual o menor valor.
3. Cambios ó devoluciones se deben realizar durante los primeros 30 dias de su compra.
4. Armazones devueltos deben estar en excelente condición y generará un cargo del 10% del costo por reposición.
5. No hay reembolsos en los lentes, ya que estos estan hechos especialmente para cada individuo.
6. No hay reembolsos en lentes de contacto especiales o a la medida para cada individuo.
7. Lentes de Contacto desechables pueden ser devueltos solamente si las cajas no han sido abiertas o esten marcadas.
8. Los reembolsos se harán de la misma forma que se utilizó en el momento de realizar la compra.
9. No se realizarán reembolsos por servicios otorgados.

_____ Iniciales

_____ Fecha

He leído y entiendo las políticas que se mencionan en la parte superior y estoy de acuerdo en seguir sus terminos.

Nombre (Impreso)

Firma

Fecha



AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER
INFORMACION MEDICA A INDIVIDUOS/MIEMBROS
DE LA FAMILIA

De acuerdo a las reglas de privacidad del Gobierno Federal implementadas bajo el Acto de Portabilidad de Cuidados de Salud de 1996 (HIPPA) para que su medico o cualquier miembro del personal de Envision Eyecare y Envision Optics pueda discutir su condición medica con cualquier miembro de su familia o alguna otra persona que usted asigne, debemos obtener previa autorización de su parte. En caso de alguna emergencia medica o ya sea que debido a su condición critica usted no pueda dar su autorización, la ley especifica que estas reglas pueden ser anuladas.

_____ **No autorizo** a Envision Eyecare ó Envision Optics dar a conocer ninguna o alguna información sobre mi cuidado medico a ninguna persona ó miembro de mi familia.

_____ **Yo autorizo** a Envision Eyecare ó Envision Optics dar a conocer toda ó alguna información sobre mi cuidado medico a la(s) siguiente(s) persona(s) ó miembro(s) de mi familia:

Name

Relacion con el Paciente

Firma del Paciente

Fecha