

## POLITICA DE LA OFICINA DE EYE PHYSICIANS MEDICAL/SURGICAL CENTER

**Tarjeta de seguro medico:** Traiga su tarjeta de seguro medico a cada cita. Si cambia de seguro medico por favor informenos. El tener seguro medico no es garanti a de pago. Usted sera responsable si la cobertura es negado por seguro medico.

**Seguro medicos HMO-** Si ti ene un co-pago como parte del convenio con su plan de seguro medico, se le require que de este co-pago antes de su cita.

**Seguro medico PPO/Privados-** La mayoría de los planes de seguro medicos PPO ti enen un deducible que puede incluir un co-pago, este co-pago se debe pagar antes de que el seguro medico se haga responsable de su pago. Por favor informese de la canti dad que a usted le corresponde antes de asisti r a su cita. El pago se tendra que dar al momento de cada cita.

**Tardanzas:** Si llega mas de 15 minutos tarde a su cita no tendremos el sufi ciente ti empo para completar su examen. Con gusto le haremos otra cita.

**Si falta a su cita:** Necesitamos 24 horas de anti cipacion para cancelar su cita. Si falta a su cita nosotros perdemos la oportunidad de ver a otros pacientes. Habra un cargo de \$40 for cada cita a la cual falte y no nos de un anti cipo de 24 horas.

**Co-Pago:** La compania de su seguro medico nos pide que cobremos su co-pago antes de su cita. Usted tendra que pagar su co-pago antes de su examen.

**Cargo por cheques rechazados:** Los pacientes con cheques devueltos por insufi ciencia de fondos,cuentas bancarias desconti nuadas, y por detener el pago, seran sujetos a un cargo de \$20 por cada cheque, esto ayuda a cubrir las comisiones bancarias

**Servicios de lentes de Contacto:** Algunos planes de seguro de vision unicamente cubren la refraccion y no cubren los servicios/exámenes de lentes de contacto, como lo es, la evaluacion anual de la medida de los lentes de contactos. Si usted necesita una prescripcion actual de pupilentes, por ley se nos require llevar acabo una evaluacion anual de lentes de contactos para documentar que sus pupilentes tengan la medida adecuada. Si su plan de seguro de vision no le cubre la evaluacion anual de lentes de contacto, usted sera responsable del cargo de \$80 por esta evaluacion. El costo del servicio de evaluacion de lentes de contactos puede variar dependiendo de la complejidad y ti po de evaluacion que se requiera, esto puede variar en las necesidades de cada individuo. Si esta es la primera evaluacion de lentes de contacto su costo empieza en \$125, y dependera de la complejidad y ti po de evaluacion que usted requiera basada en sus necesidades personales.

**Garanti a de 90 dias para la prescripcion de lentes:** Su receta esta garanti zada por 90 dias a parti r de la fecha de su examen. Se aplicara un cabro de \$50 para re-examinar su vista si se pasa de los 90 dias de la garanti a. Se require un deposito de 50% para procesar su orden de lentes. El deposito no es reembolsable.

**Surti do de medicamento unicamente por fax:** Si usted necesita surti r su medicamento de nuevo, por favor llame a su farmacia y ellos nos eviaran una peti cion para surti r el medicamento. Se require 24-48 horas para responder a una peti cion y se llevara a cabo durante nuestras horas de trabajo.

He leído y comprendido la políti ca de la ofi cina de Eye Physicians Medical Surgical Center, Inc.

Firma del paciente, padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de escribir su nombre en letras de molde \_\_\_\_\_



**Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc.**

681 Third Avenue, Chula Vista, CA 91910

• 619.420.2111 • Fax 619.585.8130