ENVISION EYECARE
a member of VISION SOURCE

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 diagnostico (como, diabetes, presión arterial elevada, o enfermedad ocular) es necesario enviar el reclamo a su seguro medico. 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 medico, 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 medico 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 medicas 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 medico/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.

_____ _____ _____

Firma de Persona Responsable **Relación con el paciente** **Fecha**