

聯營眼科

視力屈光檢查接受書

1。什麼是屈光檢查？

屈光檢查是測量眼睛屈光不正的過程，鑒定是否需要視力矯正眼鏡和/或隱形眼鏡。

2。為什麼只是偶爾必需的？

屈光檢查有時是必要的，這取決於患者當天的診斷和/或投訴。例如，如果病人出現視力模糊或在視力表測試發現視力下降，則必需作屈光檢查了解原因是由於屈光改變需要配眼鏡或是病變引致。此項檢查也是白內障手術前必需的條件向保險申報手術的必要性，證明簡單配鏡不能改善你的視力。因此，屈光檢查是眼科檢查必不可少的一部分，然而，聯邦(政府)醫療保險和大多數保險商並不支付這費用。

3。我可以拒絕屈光檢查嗎？

如果拒絕，我們將無法確定視力改變的原因。沒有屈光檢查我們也無法為您開處方配眼鏡或隱形眼鏡。

4。屈光檢查費是多少？

我們的辦公室政策是此項服務收取 \$50，與當天門診和檢查的共付額和自付額(保險扣除額)共同支付。我們會根據個人承包費表向您的保險申報。**如果你的保險願意支付此費用，我們將樂意退還你 \$50。**

注意： 不論您有沒有收到配鏡處方，都必須支付此項檢查費用。有時因屈光變化不顯著，不值得購買新眼鏡，故不給予新的配鏡處方。該費用包含了技術人員和醫生為您做屈光檢查所花的時間和精力。

屈光檢查接受認可

本人已經閱讀上述聲明，並了解屈光檢查可能是非承保服務。本人願意接受和承擔這項服務的所有財務責任。屈光檢查費不包括共付額和自付額(保險扣除額)。

病人簽名 (未成年人的父母或法定監護人)

日期

視力 (屈光) 或 醫療 (疾病)

患者姓名: _____ 出生日期: _____

視力檢查 (年度常規驗診) :

此項檢查評估視力是否可以通過配戴眼鏡或隱形眼鏡改善，並包括基本的眼病篩查。 **我理解你們會按常規視力檢查收費：**

病人簽名 (未成年人的父母或法定監護人)

日期

眼科醫療檢查：

此項檢查旨在診斷和治療眼部疾病。如果配戴眼鏡或隱形眼鏡無法改善視力，則可能表示存有潛在眼部疾病。 **我理解你們會向我的医疗保险收费：**

病人簽名 (未成年人的父母或法定監護人)

日期

屈光檢查：

屈光檢查是透過光學方法來確定最佳視力，用於評估是否需要任何藥物、醫療、光學或手術治療。視力保險涵蓋屈光檢查，但大多數醫療保險計劃一般不涵蓋。

您今天想要眼鏡和/或隱形眼鏡處方嗎？ (圈出) **是** **否**

如果您回答**是**，您需要進行屈光檢查。我們的屈光檢查費用為 **\$50**，在服務時收取，屬於保險共付費用之外的收費。常規視力保險偶爾或許會涵蓋此費用。

接受認可

我已閱讀上述信息，並理解屈光檢查可能為非承保服務。我接受此服務費用的全部財務責任。共付費用和自付額與屈光檢查費用是分開單獨的。

病人簽名 (未成年人的父母或法定監護人)

日期