

Associate Ophthalmologist, P.C

WAIVER DE REFRACCIÓN

1. ¿QUÉ ES LA REFRACCIÓN?

La refracción es el proceso de determinar el error de refracción del ojo o la necesidad de gafas y/o lentes de contacto correctivos.

2. ¿POR QUÉ ES A VECES NECESARIA?

La refracción es a veces necesaria dependiendo del diagnóstico del paciente y/o las quejas presentadas ese día. Por ejemplo, si un paciente está experimentando visión borrosa o una disminución en la agudeza visual en la tabla de visión, sería necesario realizar una refracción para ver si esto se debe a la necesidad de gafas o a un problema médico. La refracción también es necesaria para demostrar a su aseguradora la necesidad de una cirugía de cataratas u otros procedimientos médicos. Debemos probar que su visión no puede mejorarse simplemente con una receta de gafas. Como puede ver, la refracción es una parte esencial de un examen ocular; sin embargo, Medicare y la mayoría de los proveedores de seguros NO la cubren.

3. ¿PUEDO RECHAZAR LA REFRACCIÓN?

Si usted rechaza, no podremos determinar la causa de cualquier cambio en la visión. Puede que no podamos prescribir lentes de contacto o gafas sin una refracción.

4. ¿CUÁNTO CUESTA LA REFRACCIÓN?

Nuestra política de oficina es cobrar **\$50** por este procedimiento, además del copago de la consulta y/o deducible. Este monto es debido en el momento en que se brinda el servicio. Facturaremos a su seguro de acuerdo con los horarios de tarifas contratados. ***Si su seguro paga la tarifa, con gusto le reembolsaremos los \$50.***

NOTA: Esta tarifa es exigible y pagadera ya sea que reciba o no una receta escrita para gafas o lentes de contacto. A veces, el cambio no es lo suficientemente significativo como para justificar el costo de comprar nuevas gafas y no se dará una nueva receta. La tarifa cubre el tiempo y esfuerzo del técnico y/o médico en la administración de la refracción.

RECONOCIMIENTO

He leído la información anterior y entiendo que la refracción puede ser un servicio no cubierto. Acepto la plena responsabilidad financiera por el costo de este servicio. El copago y el deducible son independientes de la tarifa de refracción.

Firma del paciente (padre o tutor para menor)

Fecha

Visión vs Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

EXAMEN OCULAR DE VISIÓN (Visita de rutina):

Este examen evalúa si la visión puede mejorarse con gafas o lentes de contacto e incluye un examen básico para enfermedades oculares. **Entiendo que facturan por exámenes de visión de rutina.:**

Firma del paciente (padre o tutor para menor)

Fecha

EXAMEN OCULAR MÉDICO:

Este examen es para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares. Si las gafas o los lentes de contacto no mejoran la visión, puede indicar una afección ocular médica subyacente. **Entiendo que facturarán a mi seguro médico:**

Firma del paciente (padre o tutor para menor)

Fecha

Refracción:

La refracción es la determinación óptica de la mejor visión posible. Es necesario evaluar si se necesitan tratamientos médicos, ópticos o quirúrgicos. Está cubierto por el seguro de visión, pero no suele estar cubierto por la mayoría de los planes de seguro médico.

¿Desea una receta para gafas y/o lentes de contacto hoy? (marque) **SÍ** **NO**

Si respondió **SÍ**, necesitará una refracción. La tarifa de nuestra oficina para la refracción es de **\$50**, que se cobrará en el momento del servicio y es adicional a cualquier copago. Los exámenes de visión de rutina a veces pueden cubrir esta tarifa.

RECONOCIMIENTO

He leído la información anterior y entiendo que la refracción puede ser un servicio no cubierto. Acepto la responsabilidad financiera total por el costo de este servicio. El copago y el deducible son separados de la tarifa de refracción.

Firma del paciente (padre o tutor para menor)

Fecha