

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

DEL REY OPTOMETRY agradece la confianza que han depositado en nosotros en la elección de proveer para sus necesidades de atención médica. El servicio que usted ha elegido para participar implica una responsabilidad financiera por su parte. La responsabilidad obliga a garantizar el pago total de nuestros honorarios. Como cortesía, vamos a verificar su cobertura y la factura de su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted es responsable por el pago de su factura.

Usted es responsable por el pago de cualquier deducible y co-pago/co-insurance al criterio de su contrato con su compañía de seguros. Esperamos que estos pagos se den al tiempo de los servicios. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar a su cobertura. Usted es responsable de los materiales no cubiertos por su aseguranza. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de la reclamación, o si usted o su optometrista opta por seguir en su pasado período autorizado, usted será responsable del saldo en su totalidad.

He leído la póliza anterior con respecto a mi responsabilidad financiera a DEL REY OPTOMETRY, para prestar servicios de cuidado de los ojos a mí o al paciente antes mencionado. Yo certifico que la información es, a la mejor de mi conocimiento, cierta y exacta. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar los beneficios directamente a DEL REY OPTOMETRY Group, en total y completa de la factura efectuados por mí o por el paciente antes mencionado, o, en su caso cualquier monto adeudado después del pago que se ha hecho por mi compañía de seguros.

POLIZA DE CO-PAGOS: Algunas compañías de seguro de salud requieren el paciente en pagar un co-pago por los servicios recibidos. Se espera apreciadamente en el momento de recibir servicios a los pacientes a pagar en CADA VISITA. Gracias por su cooperación en esta materia.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por lo presente, autorizo DEL REY OPTOMETRY a través de su personal correspondiente, para realizar o han realizado obre mí, o el paciente antes mencionado, la evaluación y un tratamiento adecuado. Asimismo, autorizo a DEL REY OPTOMETRY para liberar a las agencias apropiadas, toda la información adquirida en el curso de mi o el examen del paciente antes mencionado y el tratamiento.

PÓLIZA DE INTERCAMBIO

SERVICIOS PROFESIONALES: Servicios profesionales (el examen, la evaluación de lentes, evaluación de contactos, o cualquier servicio realizados “por el doctor”) no son reembolsables.

MARCOS: Dentro de los 90 días siguientes de la fecha original de compra, si no está completamente satisfecho con su compra del marco y si se considera el marco estar en condiciones vendibles, abonaremos el total que se pagó del marco para la compra de un nuevo marco. Excluyendo los marcos incluidos en los paquetes de descuento, todos los marcos tienen una garantía limitada de un solo uso de 12 meses desde la fecha de compra para los defectos del fabricante del marco. Cualquier alteración o pegamento del marco anulará la garantía. Los marcos defectuosos serán reemplazados por un pago de \$25 para procesamiento. Los marcos premium incluyen la misma garantía y se procesan sin costo. Algunos marcos tienen garantía limitada de un año por el fabricante contra defectos. Por regulaciones de seguros, cambiar el estilo del marco no será permitido.

LENTE DE SOL: Todas las gafas del sol sin receta pueden ser intercambiadas dentro de los 14 días de la compra. Deben ser regresados en nuevas condiciones y con el estuche original. Todo el crédito se aplicará a la cuenta del paciente en que se utilizará para futuras compras. Desafortunadamente, no hay reembolsos. Los lentes Maui Jim, Oakley y Costa son lentes especiales hechos a medida en sus propios laboratorios. Por lo tanto, solo pueden intercambiarse por un marco y lente dentro de la misma línea de productos.

Cambios de orden solo pueden ser hechos dentro de 45 días de la fecha de compra. Si los lentes progresivos fueron ordenados y no se puede adaptar al uso con ellos, solamente se puede cambiar a gafa de distancia sin costo adicional. Es importante saber que no recibirá un reembolso por los gastos del laboratorio.

LENTE: Todos los lentes son hechos a medida. Por lo tanto, cualquier cancelación dentro de los 30 días de la fecha de la orden será reembolsada hasta el 50% de la tarifa habitual completo para las lentes debido a los costos ya incurridos por el laboratorio. Si los lentes progresivos fueron ordenados y no se puede adaptar a ellos, podemos ordenar otros lentes regulares, bifocales o trifocales sin costo adicional. No recibirá un reembolso por los gastos del laboratorio.

Dentro de 30 días, si usted no está satisfecho con su receta o lentes, por favor llame a la oficina para resolver este asunto. Excluyendo los lentes incluidos en los paquetes de descuento, todos los lentes incluyen una garantía limitada de un solo uso de 12 meses a partir de la fecha de compra por daños a sus lentes. Los lentes dañados serán reemplazados por un pago de \$25 para procesamiento. Los lentes premium incluyen la misma garantía y se procesan sin costo.

LENTE DE CONTACTO: Cajas o frascos de lentes de contacto que no han sido abiertas, marcadas, o que no estén vencidas pueden ser cambiados o devueltos dentro de un año de la fecha original de la orden de compra. El crédito puede ser utilizado directamente para lentes de contacto o anteojos.

Ofrecemos limpiezas ilimitadas y ajustes por cualquier gafa comprada en nuestra oficina sin cargo adicional.

Mi firma abajo certifica que he recibido, leído, y estoy de acuerdo con los términos de DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE y PÓLIZA DE INTERCAMBIO.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Garante Firma _____ Fecha _____

(Si la fianza no es el paciente)