

# South Valley *VISION SOURCE*™

Bienvenido a nuestra oficina. Apreciamos tenerte como paciente, y esperamos proveer el cuidado de la salud y servicio al cliente con lo que puedes estar feliz. Por favor lee el documento seguido ya que contiene información importante con respeto a tu privacidad, cobertura del seguro, tasas de examen, y las políticas de reembolso/rehacer. Al inicializar después de cada párrafo, reconoces que has leído el párrafo y que estás de acuerdo con y entiendes la información contenido.

## COBERTURA DEL SEGURO

Los optometristas de South Valley Vision Source participan como proveedores con muchos planes de vision, incluyendo VSP, EyeMed, Superior Vision, y otros; cuales cubren el costo de un exam comprensivo cada año, y normalmente incluyen una cantidad para materiales de lentes o lentes de contacto. También participamos en una variedad de seguros medicales como Blue Cross, PEHP, DMBA, United Healthcare, y otros. Seguro medical muchas veces provee cobertura para un exam comprensivo cada año, y también incluye cobertura para el cuidado de los ojos, incluyendo infecciones, daños, alergias, y el manejo de condiciones como cataratas, glaucoma, degeneración macular, y problemas oculares diabéticos. Si el propósito de un exam es para obtener una prescripción de lentes y/o lentes de contacto, el exam estará enviado al seguro como un exam comprensivo. Sino, el exam tiene que estar enviado al seguro medical como una visita de oficina. Si se requiere tratamiento adicional, pruebas, o una cita seguida, citas así también estarán enviados al seguro medical. Por esa razón, pedimos que todos los pacientes por favor provean una copia de su tarjeta de seguro medical. Hay algunas compañías de seguro que excluyen selectivamente optometristas de reembolso, como SelectHealth de IHC y también otras. Si el seguro de un paciente rechaza el reembolso por servicios realizados en esta oficina, el paciente es responsable de los cargos.

Iniciales Aquí

## PÓLIZA DE LOS LENTES

Como un servicio a nuestros pacientes, usamos solamente monturas, lentes, y productos de mayor calidad. Cada montura comprada de Vision Source está protegida con una garantía (**excluyendo monturas de OAKLEY**), bajo el cual una montura quebrada determinado por el fabricante como defectuoso puede ser reemplazado sin costo para el paciente **hasta 2 veces**. Si el fabricante ya no hacen la montura por la cual necesitas la garantía, ordenaremos con felicidad una montura nueva del mismo fabricante si es lo que deseas, pero requeriremos que compres lentes nuevos con un descuento de 50%. No podemos tomar responsabilidad en ninguna forma por monturas no compradas en nuestra oficina. **Lentes protegidos con protección de mayor calidad (anti-raya o anti-reflejo) también están garantizados para dos reemplazos dentro de 2 años** contra el desgaste normal (daño/rayas), según lo determinado por el laboratorio (lo cual excluye daño negligente – causado por mascotas, por ejemplo). **Las garantías no cubren pérdidas, tampoco cubren lentes rayados en lentes de gafas del sol ni broches de sol (a menos que pagas por un tratamiento separado de anti-raya).** Todos los lentes están hechos a medida primero con la prescripción de cada paciente, y después cortados específicamente para caber la montura el paciente ha escogido. Por estas razones, no es posible cancelar un trabajo ni cambiar una montura después de enviar el trabajo al laboratorio; y no ofrecemos reembolsos de cash. A discreción del doctor, el doctor puede chequear la prescripción de los pacientes que no son satisfechos con su vision en sus lentes nuevos y los lentes pueden ser rehechos **una vez** en la montura original sin costo entre 90 días de la fecha en que se hizo el trabajo. Una segunda cita para chequear la prescripción entre 90 días, o cualquiera cita subsecuente a los 90 días estará sujeto a una cita de \$45. Cualquier rehecho después del primer rehecho estará hecho a un descuento de 50% para el paciente. Podemos rehacer lentes progresivos (bifocales sin línea) en unos bifocales o trifocales tradicionales para pacientes incapaces de adaptarse a lentes progresivos nuevos, pero no podemos dar reembolso para el costo del progresivo. El pago es debido para todos los trabajos cuando haces el orden, incluyendo las opciones de lentes no cubiertas por el seguro (como transiciones, anti-reflejo, tintes, etc.). Para aquellos que deseen comprar un segundo par, por favor pregunten a los empleados por las promociones actuales. Todos los pacientes recibirán una copia de su prescripción según la regla del FTC “Eyeglass Rule” (1992) a menos que él o ella pida *no* recibir una copia. **Si usas lentes de contacto, por favor pide una copia de la pólizas de los lentes de contacto.**

Iniciales Aquí

## DILATACIÓN DE PUPILA

El propósito de dilatar la pupila es examinar la salud de la estructura interna del ojo, incluyendo el lente cristalino, el nervio óptico, la mácula, y la retina. Junto con otros hallazgos del exam comprensivo, dilatar la pupila puede ayudar en el diagnóstico de las cataratas, glaucoma, degeneración macular, y otras enfermedades de la retina. Los doctores de South Valley Vision Source recomiendan la dilatación de la pupila para todos los pacientes nuevos y periódicamente a partir de entonces. Para los pacientes que tienen diagnóstico de diabetes u otras condiciones que pueden afectar la salud de los ojos, la dilatación de la pupila se recomienda al menos cada año, o más frecuentemente si está indicado.

Iniciales Aquí

## RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La ley requiere que Vision Health Center, Inc. haga todo lo posible para informarle sobre sus derechos relacionados con su información personal de salud. Al firmar a continuación, yo reconozco que:

- Sí** – Acepto continuar con mi cuidado. He leído, me han explicado, O me dieron la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad de Vision Health Center, Inc. con Vision Health Center, Inc. bajo dichos términos.
- No** – No quiero continuar con mi cuidado. He leído, me han explicado, O me dieron la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad de Vision Health Center, Inc. con Vision Health Center, Inc. bajo dichos términos.

---

## APROBACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**Sí** – Doy permiso para que me envíen mi prescripción de lentes y/o lentes de contacto por correo electrónico cuando la pida. Lo hago con el conocimiento de que el medio por el cual se enviará dicha prescripción NO está encriptado y hay un riesgo de seguridad.

Por favor envíe la(s) prescripción(es) al siguiente correo electrónico cuando se la pida: \_\_\_\_\_

**No** – No doy permiso para que me envíen mi prescripción de lentes y/o lentes de contacto por correo electrónico.

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mi información médica y financiera, a menos que especifique otras. Esto significa que los doctores y empleados de South Valley Vision Source pueden hablar sobre condiciones médicas, tratamientos, cobertura del seguro, y tarifas/pagos con lo siguiente:

(Nombre) \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

- 
- Entiendo que las tarifas por servicios profesionales son debidas cuando se hacen los servicios. Si no puedo hacer el pago en este momento, un cargo por servicio de 15% se agregará a mi cuenta. Cualquier excepción se hará únicamente mediante arreglos específicos antes de que se presten los servicios.
  - Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta independientemente de la acción del seguro, y acepto pagar un cargo financiero mensual aplicado a cualquier monto no pagado después de 30 días.
  - Entiendo que habrá un cargo por cheque devuelto de \$20.00, y acepto pagar todos los costos de colecciones, incluyendo 1/3 de cualquier tarifa de colecciones de saldo pendiente (hasta 40%), más tarifas de abogado, si es necesario, para cobrar cualquier deuda.
  - Entiendo que mi firma a continuación verifica que entiendo la información proporcionada en este documento, y también sirve como una "Firma en el Archivo", de acuerdo con las regulaciones de HIPAA.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTAS PÓLIZAS. LAS FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

**Nombre (por favor imprima)** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Si firmas como representante personal del paciente, por favor indica tu relación

\_\_\_\_\_  
Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente