

Financial Policy/Fees

I realize that I am responsible for payment for all medical services rendered to me and/or my dependents, regardless of the decision to reimburse or not reimburse made by my insurance carrier. I also understand that my insurance will be billed as a courtesy to me. It is my responsibility to know my coverage terms, including the need for prior authorization. I hereby assign benefits to which I am entitled for medical and/or surgical expenses relative to the services performed. I am liable for all charges for services rendered. This authorization shall continue and be in full force and effect until revoked in writing by me.

A holder of this medical debt contract is prohibited by Section 1785.27 of the Civil Code from furnishing any information related to this debt to a consumer credit reporting agency. In addition to any other penalties allowed by law, if a person knowingly violates that section by furnishing information regarding this debt to a consumer credit reporting agency, the debt shall be void and unenforceable.

If I refuse to sign below, I understand that my insurance will not be billed and I am prepared to pay, in full, all services rendered to me at the time of service.

Signature of patient or legal guardian. If not patient, please add relationship to patient

Date

I understand that I may be charged for the following fees that my insurance may deem as non-covered benefits. I understand that fees are due at the time of services.

Refraction/Post-Operative Refraction	\$80
*Refraction is the process to determine the eye's refraction error and need for glasses and/or contacts	
Elective Contact Lens Fittings:	\$60-\$160 Spherical
	\$90-\$200 Toric
	\$120-\$240 Bifocal, Complex Toric, or RGP
DMV or Other Report of Vision Exam:	\$25
Disability Forms:	\$50
Copy of Medical Records:	\$25
Missed Appt/Late Cancellation Fee (Office):	\$75
Missed Appt/Late Cancellation Fee (Surgery):	\$250
Glasses Troubleshoot Fee (glasses purchased elsewhere):	\$25
Glasses Adjustment Fee (glasses purchased elsewhere):	\$10
Returned Check Fee:	\$25

The above information is true to the best of my knowledge.

Print Patient Name

Date

Signature of patient or legal guardian. If not patient, please add relationship to patient

Date

Política Financiera/Tarifas

Reconozco que soy responsable del pago de todos los servicios médicos que se me apliquen a mí y/o a mis dependientes, en cualquier caso, de la decisión de reembolsar o no reembolsar tomada por la compañía de mi aseguranza. También entiendo que se me cobrará a mi aseguranza, como cortesía. Es mi responsabilidad conocer las condiciones de mi cobertura, incluida la necesidad de autorización previa. Por la presente, cedo los beneficios a los que tengo derecho por gastos médicos y/o de cirugía, relacionados con los servicios recibidos. Soy responsable de todos los cargos por los servicios recibidos. Esta autorización se mantendrá efectiva y permanecerá en efecto hasta que yo la cancele por escrito.

El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, en virtud del artículo 1785.27 del Código Civil, facilitar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de información crediticia de consumidores. Además de cualquier otra sanción prevista por la ley, si una persona infringe deliberadamente dicha sección al facilitar información relativa a esta deuda a una agencia de información crediticia, la deuda quedará sin efecto y no será exigible.

Si me niego a firmar a continuación, entiendo que no se cobrará a mi aseguranza y estoy dispuesto a pagar, en su totalidad, todos los servicios que se me presten en el momento del servicio.

Firma del paciente o representante legal. Si no es el paciente, por favor indique la relación con el paciente:

Fecha

Entiendo que se me pueden cobrar las siguientes tarifas que mi aseguranza puede considerar como beneficios no cubiertos. Entiendo que las tarifas deben pagarse en el momento de recibir los servicios.

Refracción/ Refracción después de una cirugía: \$80

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

Adaptaciones de lentes de contacto electivas: \$60-\$160 Esféricas

\$90-\$200 Toric

\$120-\$240 Bifocales, toric complejas o RGP

DMV u otro informe de examen de visión: \$25

Formularios de discapacidad: \$50

Copia de Registros Médicos: \$25

Cargo por cita perdida/cancelación tardía (oficina): \$75

Cargo por cita perdida/cancelación tardía (cirugía): \$250

Tarifa de solución de problemas de gafas (gafas compradas en otro lugar): \$25

Tarifa de ajuste de gafas (gafas compradas en otro lugar): \$10

Cargo por cheque devuelto: \$25

Declaro que la información anterior es cierto y correcta según mi conocimiento.

Imprimir nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o representante legal. Si no es el paciente, por favor indique la relación con el paciente:

Fecha