

## **Kings Eye Center Medical Group, Inc.**

1395 W. Lacey Blvd. Hanford, CA 93230

Phone (559)585-3937 Toll Free (800)675-8088 Fax (559)582-3645

**Please bring your current glasses or contact lenses and  
your current medications to this appointment.**

### **TO OUR PATIENTS:**

Refraction is the process of determining the eye's refractive error or need for glasses and/or contact lenses. It is an essential part of most eye examinations and an important part of post-operative care following eye surgery. This service is **NOT** a benefit covered by Medicare and we are not contracted with Medi-cal. Most other medical insurance plans do not cover this either. If you have a vision plan, please be sure to give this information to the receptionist.

Our office fee for a refraction is **\$80.00**. This fee will be due and payable at the time of the visit, **in addition** to any insurance co-payment and/or share of cost amount.

### **ACKNOWLEDGEMENT:**

I have read the above information and understand the refraction is not covered by Medicare or Medi-cal, and most other medical insurance plans. I accept full financial responsibility for the cost of this service. The co-payment and/or share of cost amount is separate from and not included in the refraction fee.

---

Signature of Patient/Responsible Party

---

Date

## **Kings Eye Center Medical Group, Inc.**

1395 W. Lacey Blvd. Hanford, CA 93230

Phone (559)585-3937 Toll Free (800)675-8088 Fax (559)582-3645

**Por favor traiga su más reciente lentes o lentes  
de contactos y sus medicinas con usted a su cita.**

### **A NUESTRO PACIENTES:**

La refracción es el proceso de determinación de los errores de refracción del ojo o la necesidad de lentes (gafas) y/o lentes de contacto. Es una parte esencial de la mayoría de los exámenes oculares y una parte importante de los cuidados después de una cirugía ocular. Este servicio **NO** es un beneficio cubierto por Medicare y no tenemos contrato con Medi-cal. La mayoría de los otros planes de seguro médico tampoco lo cubren. Si usted tiene un plan de visión, por favor asegúrese de dar esta información a la recepcionista.

Nuestra oficina cobra **\$80.00** para la refracción. Este cargo se cobrará de nuestros pacientes **además** del co-pago y/o el parte do costo, a la hora de su cita.

### **RECONOCIMIENTO:**

Yo he leído la información de arriba y entiendo que la refracción puede ser un servicio no cubierto por Medicare o Medi-cal, y la mayoría de los otros planes de seguranzas medico. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de este servicio. El co-pago y/o el parte de costo es independiente y no incluido en la refracción.

---

**Firma del Paciente/Parte Responsable**

---

**Fecha**