

John A Bryant, O.D., F.A.A.O  
Kyle D. Treick, O.D.  
Sandy Wurst, O.D.  
Colleen Govekar, O.D.

## Política Financiera

La siguiente es una explicación de nuestra política financiera. Por Favor, *lea atentamente y firme a pie de página.*

**Exámenes rutinarios:** Si tiene beneficios que cubren un examen rutinario someteremos la reclamación a su aseguransa. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro para poder someter la reclamación. Si no puede mostrarnos su tarjeta, deberá pagar por el examen en el momento de su visita. Si se requiere autorización previa o formularios especiales, es su responsabilidad obtenerlos previamente. Todos los co pagos deben ser pagados en el momento de su visita. *Es su responsabilidad conocer los beneficios de su aseguranza.*

**Exámenes médicos:** Debemos tener una copia de su tarjeta de su seguro medico. Si no nos provee con su tarjeta, deberá pagar por los servicios enteramente en el momento de su visita. Si su aseguranza requiere una autorización, es su responsabilidad obtenerla previamente. Si no obtiene la autorización, usted es responsable de todos los cargos. Si requiere asistencia en esta materia, nuestra oficina intentará ayudarle. *Es su responsabilidad conocer los beneficios de su aseguranza medica.*

**Órdenes de lentes:** Si tiene beneficios que cubren lentes, someteremos la reclamación a su aseguranza. Debemos obtener una copia de su tarjeta aseguradora para someter la reclamación. Si no puede proveernos con su tarjeta, debe pagar por los lentes en el momento de su visita. Si se requiere autorización previa o formularios especiales, es su responsabilidad obtenerlos previamente. *Es su responsabilidad conocer los beneficios de su aseguranza.* Nuestra política es la de cobrar al menos la mitad del precio de los lentes en el momento en que la orden es procesada. El resto debe ser pagado en el momento en que se entregan los lentes. Los lentes no se entregarán hasta que sean pagados en su totalidad.

**Lentes de contacto:** Sepa que servicios adicionales requeridos no serían necesarios para un examen visual normal. Se le cobrará un examen de lentes de contacto además de su examen visual normal. La mayoría de compañías eseguradoras no pagarán por este servicio. Este servicio cubre tres meses de visitas con nuestros doctores relacionadas con los lentes de contacto, y deberá pagarse en el momento de la visita. Cuando sea posible, este servicio será sometido a su compañía aseguradora, pero deberá tramitarse con una orden de lentes de contacto al mismo tiempo. *Es su responsabilidad conocer los beneficios de su aseguranza.*

**La Póliza de Regreso:** Cuando materiales son ordenados de nuestra clínica, nosotros esperamos el pago en completo el día de la orden. Usted tiene 60 días del día de entrega para cancelar o regresar el producto y recibir su reembolso o crédito en la clínica. Después de 60 días todas las ventas son consideradas finalizadas y no retorno será dado. Nuestra oficina cobra el 20% del precio del producto para almacenar lentes regresados y cajas de lentes de contacto sin abrir.

**Todos los co pagos y otros pagos deben realizarse en el momento de su visita. Después de que su compañía aseguradora haya procesado la reclamación, si existe un balance por su parte, como un deducible o co aseguranza, le enviaremos una factura. El balance debe pagarse al recibir la factura. Si el balance no puede pagarse en 30 días, contacte con nuestra oficina para un posible plan de pago. Si no se hacen planes de pago, puede que se le envíe a una agencia de colecciones. La oficina de colecciones que usamos, decidirá qué cargos de financiación se le cobrarán sobre su balance. Una vez se le envíe a la oficina de colecciones, no poseemos control sobre su cuenta y no podemos comentar detalles de su cuenta con usted.**

Haremos lo posible para verificar su aseguran Saa y beneficios en el momento de su visita. Pero una cuota de elegibilidad y beneficios de su aseguradora no garantiza pago por los servicios. Por favor entienda que la responsabilidad de su cuenta es suya, no de su compañía aseguradora.

Una tarifa NSF de \$35 será sumada a su cuenta por cada cheque que su banco devuelva. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, tarjetas Visa, Master Card, American Express, Discover y Flex Spenting. Si no tiene aseguranza, pago completo debe hacerse en el momento de su visita.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta política financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido

\_\_\_\_\_  
Fecha

Ponderosa Vision Clinic, PC  
14991 E. Hampden Ave. #110  
Aurora, Co 80012  
Ph. 303-693-9561  
Fax 303-693-0713

Lowry EyeCare Specialists  
8101 E. Lowry Blvd., #110  
Denver, Co 80230  
Ph. 303-671-0000  
Fax 303-671-2879