

FINANCIAL POLICY

At our practice, we are committed to providing the highest quality care and services to our patients. In order to ensure that we can continue to offer these services, we have established the following financial policy.

Payment for Services: All patients are required to pay for services in full at the time they are provided. We accept cash, checks, debit cards, MasterCard, Visa, Discover, and Care Credit. If you have insurance coverage we participate with, we will bill your insurance company for the covered portion of the services.

Payment for Products: If you are ordering eyewear products from our practice, we require a minimum of 50% of the total cost to be paid at the time of the order. The remaining balance will be due upon receipt of the products.

Full payment is due prior to any products being shipped directly to the patient.

These requirements also apply to any patient who may later be reimbursed from a flexible spending account. We will gladly provide you with a paid receipt for direct reimbursement to you. If you have insurance coverage we participate with, we will bill your insurance company for the covered portion of the products and services.

Insurance Benefit Checks: Please note that insurance benefit checks are only an estimate of coverage. The actual amount that your insurance company will pay may differ from the estimated amount. It is ultimately the patient's responsibility to pay for any portion of the services, products and/or treatments that are not covered by insurance. If a patient's responsibility is not known until insurance has been processed, the patient's portion will be due **IN FULL** upon receiving a statement from our office.

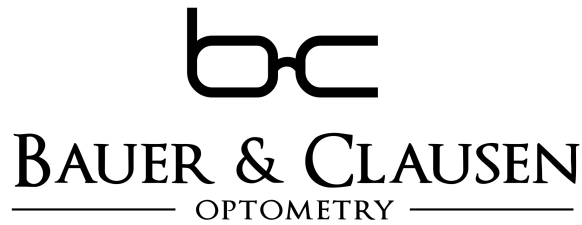
Collections/Arrears: Patients who are in collections or arrears with our practice will be required to pay their outstanding balance in full before any further services or treatments can be provided. We reserve the right to refuse service to patients who have outstanding balances. Failure to pay a balance **WILL** result in the balance transferring to a collection agency.

Amendments: We reserve the right to amend the terms of this agreement and our policies at our discretion. We will make reasonable efforts to notify you of significant changes.

By signing, you acknowledge that you have read and understand our financial policy. If you have any questions or concerns, please speak with a staff member.

*Para Español





POLITICA FINANCIERA

En nuestro consultorio, nos comprometemos a proveer la atención y los servicios de la más alta calidad a nuestros pacientes. Para asegurar que podemos continuar a proveer estos servicios, hemos establecido la siguiente política financiera.

Gastos para servicios: Todos los pacientes deben pagar por los servicios en su totalidad en el momento en que provea el servicio. Aceptamos el efectivo, los cheques, las tarjetas de débito, y las tarjetas de crédito MasterCard, Visa, Discover, y Care Credit. Si tiene un seguro médico con lo cual participamos, le pasaremos la cuenta a su compañía de seguros para la porción cubierta de los servicios.

Gastos para productos: Si el paciente hace un pedido de gafas de nuestro consultorio, el paciente debe pagar un mínimo de 50% del costo total cuando hace el pedido. El saldo restante se debe pagar cuando se reciba el producto.

El paciente debe pagar el costo total antes de que enviemos productos directamente al paciente.

Estos requisitos también se aplicarán a cualquier paciente que luego pueda recibir un reembolso de una cuenta de gastos flexible. Con mucho gusto le proporcionaremos un recibo de pago para el reembolso directo a usted. Si tiene un seguro médico con lo cual participamos, le pasaremos la cuenta a su compañía de seguros para la porción cubierta de los servicios.

Cheques de beneficio de seguro: Por favor nota que los cheques de beneficio de seguro son solo una estimación de la cobertura. La cantidad exacta que pagará su compañía de seguros puede ser diferente de la cantidad estimada. Será, en última instancia, la responsabilidad del paciente pagar por alguna porción de los servicios, los productos, y o los tratamientos que no están cubiertos por el seguro. Si no se conoce la responsabilidad del paciente hasta que se haya procesado el seguro, el paciente debe pagar la porción de paciente EN SU TOTALIDAD al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

Agencias de cobro/los atrasos: Pacientes que están en cobranzas o están atrasados en el pago con nuestro consultorio deben pagar su saldo pendiente en su totalidad antes de que podamos proveer más servicios o tratamientos. Nos reservamos el derecho de negarse a proveer los servicios a pacientes que tienen un saldo pendiente. La falta de pago resultará en la transferencia del saldo a una agencia de cobro.

Las enmiendas: Nos reservamos el derecho de enmendar los términos de este acuerdo y nuestras políticas a nuestra discreción. Haremos esfuerzos razonables para notificarle de cambios significativos.

Firmando, reconoce que ha leído y entendido nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor habla con un miembro del personal.