**Las Pólizas del Blink Vision Center**

1. **Póliza financiera**
   1. El pago de todos los servicios profesionales se debe en el momento en que se proporcionan los servicios.
   2. Sometemos el reclamo de seguro como cortesía hacia usted. Todos los copagos y servicios no cubiertos se deben pagar en el momento de la cita. Todos los beneficios cotizados no son una garantía de pago por parte de su compañía de seguros y la determinación final sólo se puede hacer cuando se procesa el reclamo.
      1. El plan de visión bajo su aseguranza solo cubre el examen de rutina para la vista junto con una porción de anteojos y/o pupilentes. El plan de visión solo cubre un examen ocular de rutina, no cubre el diagnóstico, manejo o tratamiento de enfermedades oculares.
      2. *El seguro médico* solo se utiliza en caso de tener algún problema de salud ocular o un problema de salud que tenga complicaciones oculares.
   3. Es su responsabilidad proporcionar a Blink Vision Center su tarjeta de seguro actual antes o en el momento en que se prestan los servicios. Si proporciona información de seguro incorrecta o caducada, usted asume toda la responsabilidad financiera de todos los cargos incurridos.
   4. Algunas compañías de seguros como HMO requieren papeleo de su médico de atención primario antes de obtener cita. Es su responsabilidad obtener una remisión válida. Si usted no tiene una remisión, y su compañía de seguros niega el reclamo, usted será financieramente responsable de todos los cargos incurridos.
   5. **Repartición de beneficios**: Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Lindsey Alexander O.D. P.A., entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios no cubiertos y autorizo la divulgación de información médica pertinente a mi seguro y/o a especialistas referidos por mi doctor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

1. **Los servicios de receta y las tarifas**

La receta es un examen para determinar que tan bien su vision se puede correjir y si esta funcionando en su totalidad. Es una parte esencial de un examen de rutina visual y necesario para su grabacion de lentes y/o pupilentes. La mayoria de seguros medicos, incluyendo Medicare, no cubren la receta de rutina. El costo de la receta en la clinica Blink Vision Center es $45.00.

1. Las evaluaciones de pupilentes requieren procedimientos y cargos adicionales que no forman parte de un examen ocular de rutina. Una evaluación de pupilentes incluye un cargo inicial, pupilentes de prueba y tambien atención de seguimiento durante un mes. Cualquier visita después de eso incurrirá en un cargo adicional. Los servicios profesionales o los pupilentes comprados en otro lugar no son reembolsables independientemente de que el ajuste allá sido exitoso. Los pupilentes sin abrir, no caducados y/o sin marcas pueden devolverse y ser acreditados o intercambiados si la compra fue hecha en la clinica Blink Vision Center.
2. **Póliza de anteojos**
   1. Requerimos un depósito del 50% en todos los pedidos. El saldo debe pagarse antes de que se dispensen los anteojos. Los anteojos recetados y los pupilentes son artículos de pedido especial y una vez ordenados, no se pueden cancelar. Nuestro personal de oficina hará todo lo que podamos para asegurarnos de que esté satisfecho con sus anteojos; sin embargo, debido al tiempo involucrado y la naturaleza personalizada de sus nuevas gafas, todas las ventas son finales. Si usted tiene alguna inquietud con sus nuevas gafas, por favor póngase en contacto con nuestra oficina antes de los 45 días después de ordenar.
   2. Armazón – si su marco se rompe bajo condiciones normales de uso, nosotros lo repararemos o lo sustituimos de forma gratuita *una sola vez* durante *un año a partir de la fecha de compra si este tiene garantía*. Todas las piezas deben ser contabilizadas y por favor no use pegamento para intentar repararlas usted mismo. \* \* El uso de pegamento anulará la garantía. \* \* no cubrimos pérdidas, robos o abusos.
   3. El lente: nuestros tratamientos de el lente proporcionan la protección superficial más fiable y duradera disponible. Sin embargo, cualquier lente se puede arañar o romper. Si obtiene nuestra garantía, su lente pueden ser reemplazado debido a arañazos o defectos una vez dentro del año de la compra. El reemplazo de el lente debe ser de la grabación original y debe entregar el par defectuoso.
   4. Proporcionar el uso de su propio armazón- estaremos encantados de hacer el lente con su grabación si usted elige traer su propio armazón. Debido a la historia desconocida del armazón, Blink Vision Center no es responsable de los daños que puedan ocurrir durante el envío o la inserción de el lente. Blink Vision Center no es responsable si el marco se pierde en el correo o en el laboratorio.
3. **Citas perdidas**

Entendemos que hay momentos en los que debe perderse una cita debido a emergencias u obligación por trabajo **o** familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, usted puede estar impidiendo que otro paciente tenga un tratamiento muy necesario. Por favor, sea cortés y llame a Blink Vision Center de inmediato si no puede presentarse a una cita. Todas las citas confirmadas a las cuales no allá acudido tendrán un cargo de $25.00 por cita.

**ADVERTENCIA de anteojos**: el lente de plástico y vidrio estándar pueden romperse en situaciones de alto impacto y pueden causar daños en la cara o a los ojos. Siempre recomendamos lentes resistentes al impacto como el policarbonato o el trivex.

**He leído y comprendido toda la políza de Blink Vision Center** **como se indicó anteriormente y acepto sus términos. También acepto que estos términos pueden ser modificados a Blink Vision Center** **en cualquier momento.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Fecha**

Nombre(s) de los familiares inmediatos que acuden a esta clínica:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**