



5555 West Loop South, Ste 150  
Bellaire, TX 77401  
(713) 666-4224 - Fax: (713) 666-4201

---

Willowbrook Methodist Hospital  
18220 Tomball Parkway, Ste 140  
Houston, TX 77070  
(281) 469-3888 - Fax: (281) 469-4442

---

## EXAMINACION DE OJOS / FACTURACION DE SEGURO

Warren Cross and Associates es proveedor de Medicare, Medicaid y varios planes de administración de seguros médicos. Favor de enseñar su tarjeta de seguro medico a la recepcionista para que nuestra oficina pueda determinar si el medico está contratado con su plan de seguro medico. Favor de notificar nuestra oficina de cualquier cambio en su seguro.

Exanimaciones de ojos efectuados con el propósito de recetar, ajustar o cambiar lentes o lentes de contacto para graduación refractiva por lo normal no están cubiertos por Medicare, igual como ciertos planes médicos. Los exámenes de ojos por lo regular están cubiertos cuando se hace en conjunto con enfermedades de los ojos como glaucoma, cataratas, etc., o trauma ocular. Esta oficina hace todo el esfuerzo posible para confirmar su cobertura antes de que termine su consulta. Desafortunadamente, no todos los beneficios citados están correctos y Ud. puede recibir una factura si su compañía de seguro no paga lo presupuesto.

## POLIZA DE REFRACCION

La Administración Financiera de Asistencia Medica (HCFA) usa un sistema, la Escala de Valor Relativa Basado en Recursos (RBRVS), para determinar las tarifas para todos los proveedores de Medicare. La mayoría de las compañías de seguros usan el mismo sistema para asignar su lista de precios.

Durante su visita una refracción se puede llevar a cabo para determinar su necesidad de lentes o para evaluar si es posible mejorar su visión. Esto es una parte esencial y necesario de su consulta visual, y en muchos casos es la única razón por la cita.

Esté consiente que esto no es un servicio cubierto por Medicare y muchas compañías de seguro medico y es la responsabilidad del paciente. **Actualmente nuestra oficina cobra \$35.00 por este procedimiento que será cobrado junto con su franquicia (copago), si aplica.** Valoramos su cooperación en recaudar esta tarifa al tiempo de su servicio.

## DECLARACION

He leído y recibido una copia del comunicado precitado.

---

Firma del Paciente

---

Fecha