



## Examen oftalmológico del día de hoy: Avisos y tarifas (Today's Eye Exam: Notices and Fees)

### EXAMEN DE LA VISTA Y EXAMEN MÉDICO

Para fines del seguro, los exámenes oftalmológicos se dividen en dos categorías: exámenes médicos y exámenes de la vista. El seguro médico no pagará por la atención oftalmológica rutinaria y el seguro de la vista no pagará por la atención médica de los ojos. Sin importar cuál sea su tipo de examen, usted recibirá una excelente atención de los Especialistas Oftalmólogos de Oregón (Oregon Eye Specialists). Al entender la diferencia entre exámenes médicos y exámenes rutinarios de la vista, podemos facturar correctamente a su seguro y evitarle a usted gastos inesperados de su bolsillo.

- **Exámenes médicos:** Los exámenes médicos incluyen la evaluación, la valoración y/o el tratamiento para la afección médica relacionada con los ojos, por ejemplo, entre otros, retinopatía diabética, glaucoma, cataratas, degeneración macular, síndrome del ojo seco, infección o lesión. Los exámenes médicos se facturan a su seguro médico.
- **Exámenes de la vista:** Los exámenes de la vista o rutinarios incluyen una evaluación general para ver si hay enfermedades en el ojo y una refracción (que es la medición para prescribir anteojos y/o lentes de contacto). Los exámenes oftalmológicos de rutina NO incluyen una evaluación enfocada o el tratamiento de las afecciones médicas (trastornos de la córnea, diabetes, cataratas, glaucoma, o síndrome del ojo seco). Si se descubre una afección médica durante su examen de la vista o rutinario, se le podrá programar otra cita para realizar más evaluaciones médicas.

*\*Entiendo la diferencia entre un examen médico y un examen de la vista o rutinario.*

### LENTE DE CONTACTO

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera los lentes de contacto como dispositivos médicos de Clase II y Clase III. En consecuencia, están regulados por las leyes de prescripción similares a las relacionadas con los medicamentos con receta. La ley de Oregón establece que los pacientes tienen derecho a recibir una copia de su receta de lentes de contacto cada año después de que el médico realice una revisión de prueba o reajuste. Estos procedimientos son separados y distintos de un examen general de la vista. Como ya se dijo, cada examen de lentes de contacto es separado y distinto de su examen ocular básico, por lo que tiene tarifas separadas.

- **Evaluación de lentes de contacto \$50.00** - Se aplica a la examinación de lentes de contacto blandos o rígidos para renovar la receta del paciente. No incluye visitas de seguimiento.
- **Evaluación anual de lentes de contacto \$100.00** - Para pacientes actuales que no tengan un examen anual pendiente. Proporciona al paciente un examen de sus lentes de contacto blandos o rígidos para renovar su receta, y una receta para anteojos. No incluye visitas de seguimiento.
- **Prueba de lentes de contacto y seguimiento \$175.00** - Para pacientes que usarán lentes de contacto nuevos y para pacientes actuales que necesitan cambiar a otros lentes de contacto rígidos o blandos. Incluye la capacitación para la inserción y extracción de los lentes de contacto, limpieza y sistema de cuidado, educación sobre el riesgo de usar lentes de contacto, y necesitará al menos una visita de seguimiento para evaluar los lentes de contacto y ver la salud de los ojos después de usarlos como mínimo una semana. Esta tarifa es adicional a un examen ocular exhaustivo.

*\*Entiendo que se aplican tarifas adicionales para la revisión de los lentes de contacto.*

### TARIFA DE REFRACCIÓN

Una refracción es el proceso de determinar si se necesitan anteojos o lentes de contacto correctivos. Es una parte esencial de un examen de la vista, y necesaria para determinar si necesita una nueva receta. Muchos planes de seguro médico, incluyendo Medicare, no cubren la refracción durante un examen médico, en cuyo caso deberá pagar la tarifa de refracción de \$50 cuando le atiendan.

*\*Entiendo que las refracciones no están cubiertas por el seguro médico.*

**He leído toda la información de arriba y entiendo que mis servicios serán facturados al seguro correspondiente en base a la información que se indica en este documento. Entiendo que se aplican tarifas adicionales para los servicios de refracción y revisión de los lentes de contacto, y asumo la responsabilidad por cualquier tarifa que no sea cubierta por mi seguro.**

Nombre (Name) (letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma (Signature): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Improving **VISION**. Improving **LIFE**.