

Acknowledgement of Fees

Form of Payment for Today's Services:

Medical Insurance _____

Vision Insurance _____

Cash, Check, or Credit Card _____

I understand there may be a separate Refraction Fee of \$33.00 or Contact Lens Fee of \$70.00 (C.L. Re-Fit of \$35.00) for which my insurance may not cover.

Patient Name: _____ **Date:** _____

Signature: _____

I understand there is an added fee for returned checks and collection accounts.

Acuerdo Sobre Recargos

Forma de Pago Sobre Servicios de Hoy:

Seguro Medico _____

Seguro de Vision _____

Cash, Cheque, o Tarjeta de Credito _____

Estoy de acuerdo que puede haber un cargo separado por Refraccion de espejuelos \$33.00, o Lentes de Contacto \$70.00 (Re-evaluacion \$35.00), si el seguro no cubre el gasto.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Entiendo que hay un cargo adicional por cheques sin fondos y cuentas a colectar por su balance atrasado.