



PATIENT FINANCIAL AGREEMENT

Arizona Eye Consultants is committed to serving our patients with professionalism and caring. We ask the same from you. This includes:

- Arriving on time for your appointment and calling to cancel an appointment if you are unable to attend your scheduled appointment.
- Financial responsibility, presenting your current identification and insurance cards, and providing accurate and complete information concerning your primary and/or secondary and tertiary insurance medical benefits as well as any referral documents from other providers.
- All copayments, coinsurance, deductibles and any balances from prior visits are due at the time of service with cash, check or credit card. Payment arrangements, if able, can be made by our Billing Team.
- Please call your insurance company if you have any questions regarding your co-pay, coinsurance or deductibles on test(s) that Arizona Eye Consultants may have ordered outside of our facility such as radiology, laboratory, pathology, etc.

Arizona Eye Consultants will not assume financial responsibility for services rendered that may require a prior authorization or prior approval from the patient's insurance company or referral from Primary Care Physician.

If having surgery:

- Please note that surgical fees associated with a hospital or outpatient surgical centers are separately billed services by a separate entity for services outside of our clinic.
- It is your responsibility to know which facility you are required to use per your insurance. If you aren't sure, please talk to your insurance member services or one of our staff prior to scheduling.

Patient Acknowledgement

I agree that I am fully informed and aware of my financial agreement with Arizona Eye Consultants. I also have read and understand the following:

1. A \$25.00 fee will be charged for any returned checks.
2. I am financially responsible for any non-covered and/or denied charges incurred on my behalf and that it is my responsibility to know my insurance coverage.
3. I will be responsible for any missed appointments or any cancelled appointment in which a 24-hour notice was not given. There will be a fee of \$25.00 for any missed office visits and \$100.00 for any missed scheduled procedures.
4. If the reason for my visit is related to a work injury, I agree to give Arizona Eye Consultants the case number, the workmen's compensation name, address or other contact information at the time of my appointment so that Arizona Eye Consultants can bill workman's compensation for my visit. If I do not provide this information at the time of visit, I agree to pay all charges for my visit(s).
5. There will be a 30% fee on top of all balances turned over to an outside collection agency. My account must be paid in full prior to scheduling any further appointments.

(Signature on following page)

6. There will be a monthly finance charge of 15% added to payment plans arranged by Arizona Eye Consultants.
7. A copy of this agreement may be used in place of the original.

I also acknowledge the following:

- I request that Arizona Eye Consultants file claims on my behalf to the Insurance Company(ies) listed on my file for any services furnished to me by a Physician or Employee of Arizona Eye Consultants. I authorize Arizona Eye Consultants to release to the insurance company(ies) and its agents any information needed to determine those benefits payable for related services.
- I am personally responsible for any portion of my bill not paid by my Insurance to include copays, coinsurance, deductibles or any other reason for payment denial stated by my insurance. I understand that it is my responsibility to resolve disputes over payment with my insurance company.
- Failure to comply with above said agreements will result in any unpaid financial responsibility being turned over to a collection agency. I agree that it will
- **For Medicare Patients:** If Arizona Eye Consultants believes that Medicare will not pay for all or part of a requested service, I will be asked to sign an Advanced Beneficiary Notice (ABN) signifying that I understand Medicare may not pay and that I am personally responsible for the charges. If Medicare pays in part, I agree to be responsible for my portion of the deductible and coinsurance not covered by Medicare.

Full Name of Patient

Signature of Patient or Legal Representative

Date



ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Arizona Eye Consultants esta comprometido a servir a nuestros pacientes con profesionalismo, dedicacion y compasion y esperamos lo mismo de usted.

- Llegue a tiempo a su cita y si tiene problemas para asistir por favor hablenos para cancelar.
- Responsabilidad financiera. Presentar su identificacion, tarjetas de aseguranza, referencia y cualquier otro documento que tenga de otros doctores.
- Es su responsabilidad pagar los copagos, coaseguranza, deducibles y cualquier deuda y cargos por previas citas que su aseguranza no haya cubierto.
- Aceptamos efectivo, cheques, money orders y tarjetas de credito y si es necesario hacer convenios de pago puede hablar con nuestro equipo de facturacion.
- Su compania de aseguranza puede informarle acerca de sus beneficios, copagos, coaseguranza, deducibles y para todos los exámenes que Arizona Eye consultants le haya ordenado y Tambien para radiologia, laboratorio, patologia, etc.

Arizona Eye Consultants no asumira responsabilidad financiera por los servicios prestados que necesiten previa autorizacion de su aseguranza o que necesiten referencia del doctor primario.

CIRUGIAS PROGRAMADAS

- Tome en cuenta que los servicios de cirugia tienen cargos separados por hospital o centro ambulatorio quirurgico y seran facturados separados por estas entidades.
- Es su responsabilidad informarse si su aseguranza cubre su cirugia en el centro de cirugia asignado para su procedimiento, las coordinadoras de cirugia de nuestra oficina pueden confirmar antes de hacer su cita.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Estoy de acuerdo y entiendo que estoy plenamente informado y conciente de mi responsabilidad financiera con Arizona Eye Consultants, Tambien he leído y entiendo lo siguiente

1. Se cobrara \$25.00 por cheque devuelto.
2. Soy financieramente responsable por cualquier cuenta no cubierta o negada por mi aseguranza y entiendo que es mi responsabilidad saber mi cobertura de aseguranza.
3. Sere responsable de pagar \$25.00 por cita Perdida o cancelada 24 horas previas y \$100.00 por cita de cirugia.
4. Si la razon de la cita esta relacionada con un accidente de trabajo estoy de acuerdo en proporcionar a

Arizona Eye Consultants la informacion correspondiente como numero de caso, nombre de la aseguranza de compensacion de los trabajadores, direccion, contacto y cualquier otra informacion que se requiera para que Arizona Eye Consultants pueda facturar a mi aseguranza , entiendo que si no proporciono esta informacion me hago responsable de cualquier factura que pueda resultar por mi visita.

5. Acepto que tendre un 30% de recargos por cuentas no pagadas y que se hayan enviado a una agencia de coleccion y entiendo que debo pagar cualquier balance antes de hacer otra cita.
6. Acepto que Habra un cobro de 15% de financiamiento cuando haga plan de pagos con Arizona Eye Consultants.
7. Entiendo que se puede usar una copia de este acuerdo como original.

TAMBIEN RECONOZCO LO SIGUIENTE:

- Autorizo a Arizona Eye Consultants que reclame a la (s) aseguranza (s) que tiene en mi archivo cualquier cargo por servicio proporcionado por un doctor o empleado de Arizona Eye Consultants, y autorizo que se comparta mi informacion si es necesario con las aseguranzas para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
- Entiendo que soy responsable de cualquier balance que incurra si mi compania de aseguranza niega o no cubre incluyendo copagos, coaseguranza, deducibles y cualquier servicio no cubierto por mi aseguranza y resolvedre cualquier disputa sobre pagos con mi compania de seguros.
- El incumplimiento de cualquier pago no cubierto por mi aseguranza y por mi sera enviado a una agencia de cobranza con el correspondiente cargo por financiamiento.
- **PACIENTES CON MEDICARE:** Si Arizona Eye Consultants piensa que medicare no va a pagar por todo o por parte de los servicios se me pedira que firme una notificacion previa de no cobertura al beneficiario (ABN) que significa que medicare no pagara parte de mis servicios y o deducible yo soy responsable de cualquier factura que se genere.

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente o representante legal

Fecha