



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 leido 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. **(Citas de cirugia teinen que estar canceladas una semana antes para prevenir un cargo)**
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 proporcione 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. 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

Firma del paciente o representante legal

Fecha