



## Acuerdo Financiero del Paciente

Arizona Eye Consultants se compromete a servir a los pacientes con profesionalismo y cuidado. Te pedimos lo mismo. Esto incluye:

- Llegar a tiempo a su cita y llamar para cancelar una cita si no puede asistir a su cita programada.
- Responsabilidad financiera, presentando sus tarjetas de identificación y seguro vigentes y proporcionando información precisa y completa sobre su seguro primario y/o secundario, terciario, beneficios médicos, así como cualquier documento de referencia de otros proveedores.
- Todos los copagos, coseguros, deducibles y saldos de visitas anteriores deben pagarse en el momento del servicio en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Los arreglos de pago, si es posible, pueden ser realizados por nuestra oficina comercial.
- Llame a su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su copago, coseguro o deducibles en una prueba que Arizona Eye Consultants pueda haber ordenado fuera de nuestras instalaciones, como radiología, laboratorio, patología, etc.

Arizona Eye Consultants no asumirá responsabilidad financiera por los servicios prestados que puedan requerir autorización previa o aprobación previa de la compañía de seguros del paciente o referencia de un médico de atención primaria.

Si se va a someter a una cirugía:

- Tenga en cuenta que los honorarios quirúrgicos asociados con un hospital o centro quirúrgico ambulatorio son facturados por separado por una entidad separada por servicios externos o clínicos. **Estas tarifas deben pagarse una semana antes de la cirugía.**
- Usted es responsable de saber qué instalación debe usar según su seguro. Si no está seguro, hable con los servicios para miembros de su seguro o con un miembro de nuestro personal antes de programar.

## Reconocimiento del paciente

Estoy de acuerdo en que estoy completamente informado y consciente de mi acuerdo financiero con Arizona Eye Consultants. También he leído y entiendo lo siguiente:

1. Se cobrará un cargo de \$25.00 a mi cuenta por cualquier cheque devuelto.
2. Soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto y/o denegado incurrido en mi nombre, y que es mi responsabilidad conocer mi cobertura de seguro.
3. Seré responsable de las citas perdidas para las citas canceladas en las que no se dio un aviso de 24 horas. **Habrá una tarifa de \$ 25.00 por cualquier visita perdida al consultorio y \$ 100.00 por cualquier procedimiento quirúrgico perdido, incluidos los láseres en el consultorio.**
4. Dr. Bixenman solamente: las citas perdidas estarán sujetas a una tarifa de cancelación de \$ 100.00 debido a la disponibilidad limitada para su especialidad.
5. Habrá un **cargo financiero del 30% para todos los saldos de más de 90 días**. Mi cuenta debe pagarse en su totalidad antes de programar cualquier cita adicional.
6. Se puede utilizar una copia de este acuerdo en lugar del original.

También reconozco lo siguiente:

- Solicito que Arizona Eye Consultants presente reclamos en mi nombre a la(s) compañía(s) de seguros que figura en el archivo por cualquier servicio que me brinde un médico o empleado de Arizona Eye Consultants. Autorizo a Arizona Eye Consultants a divulgar mi información a mi(s) compañía(s) de seguros y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
- Soy personalmente responsable de cualquier parte de mi factura no pagada por mi compañía de seguros, incluidos los pagos c, el coseguro, los deducibles o cualquier otra razón para la denegación de pago declarada por mi seguro. Entiendo que es mi responsabilidad resolver las disputas relacionadas con el sobrepago con mi compañía de seguros.
- El incumplimiento de los acuerdos mencionados anteriormente dará lugar a que cualquier responsabilidad financiera impagada sea entregada a una agencia de cobranza.
- Para pacientes de Medicare: Si Arizona Eye Consultants cree que Medicare no pagará la totalidad o parte de un servicio solicitado, se me pedirá que firme un Aviso Anticipado para Beneficiarios (ABN, por sus siglas en inglés) que significa que entiendo que Medicare puede o no pagar y que soy personalmente responsable de los cambios. Si Medicare paga en parte, acepto ser responsable de mi parte del deducible y el coseguro no cubiertos por Medicare.

---

Nombre del paciente:

---

Firma del paciente o representante legal

---

Fecha