



# ARIZONA EYE CONSULTANTS

Patient Name: \_\_\_\_\_

## Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)

**NOTE:** If your insurance doesn't pay for listed below, you may have to pay.

**Your insurance does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need.**

We expect your insurance may not pay for the tests/services below.

Services	Reason Insurance May Not Pay:	Estimated Cost
<b>92015 Refraction (glasses prescription)</b>	<b>Non covered service</b>	<b>\$30</b>
<b>Contact Lens Evaluation New Patient</b>	<b>Non covered service</b>	<b>\$125</b>
<b>Contact Lens Evaluation Established</b>	<b>Non covered service</b>	<b>\$100/\$125*</b>
<b>*Doctor will determine additional cost*</b>		

### WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the tests/services listed above.

**Note:** If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but your insurance cannot require us to do this.

### OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

**OPTION 1.** I want the tests/services listed above. You may ask to be paid now, but I also want my insurance billed for an official decision on payment, which is sent to me on an Explanation of Benefits (EOB). I understand that if my insurance doesn't pay, I am responsible for payment, but **I can appeal to my insurance** by following the directions on the EOB. If my insurance does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.

**OPTION 2.** I want the tests/services listed above, but do not bill my insurance. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. **I cannot appeal if my insurance is not billed.**

**OPTION 3.** I do NOT want the tests/services listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and **I cannot appeal to see if my insurance would pay.**

### Additional Information:

**This notice gives our opinion, not an official decision.**

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
-------------------	--------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.



# ARIZONA EYE CONSULTANTS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

**NOTA:** Si su seguro medico no paga servicios indicados a continuación, usted deberá pagar. **Su seguro no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados.**

Prevedemos que su seguro no pagará servicios indicados a continuación.

Servicios	Razón por la que no está cubierto por su seguro medico:	Costo estimado
Examen para lentes	Servicios no cubiertos	\$30
Consulta de pupilentes nuevos pacientes	Servicios no cubierto	\$125
Consulta de paciente establecido	Servicios no cubierto	\$100/\$125
*El medico determinara el costo additional*		

### Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir los servicios indicados mencionado anteriormente [Servicios].

**Nota:** Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero su seguro no puede exigirnos que lo hagamos.

**Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero los servicios indicados anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a mi seguro a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en la Explicación de Beneficios (EOB). Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a mi seguro** según las instrucciones en el EOB. Si mi seguro paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero los servicios indicados anteriormente, pero que no se cobre a mi seguro. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

**No tengo derecho a apelar si no se le cobra a mi seguro.**

**OPCIÓN 3.** No quiero los servicios indicados anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría mi seguro.**

### Información adicional:

**En esta notificación se da a conocer mi opinión, no la de mi seguro.**

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

Firma:

J. F Fecha: