

## Visual Edge Optometry Group

### Insurance Policies and Billing Procedures / Privacy Practices Acknowledgement

I authorize Visual Edge Optometry Group to use this authorization in place of my physical signature on submissions to my insurance carrier.

I authorize assignment of payments directly to Visual Edge Optometry Group when applicable.

I understand that it is my responsibility to know the details of my individual insurance plan deductibles and co-pay/co-insurance amounts.

I understand that although a procedure may be covered by my insurance I may have amounts out-of pocket for co-pays and co-insurance or if I have not yet met my deductible that will be payable to Visual Edge Optometry Group

I understand I am ultimately responsible for my/my child's charges if unpaid or denied by insurance as my insurance is a contract between myself and my insurance company and payment for materials and services rendered is due regardless of insurance determination of coverage.

In the event that an outstanding balance is transferred to collections, after 120 days past due, a collections fee equal to 25% of unpaid balance will be added to amount due.

I understand that the billing of insurance is determined by the reason for my visit as well as ultimate diagnosis. I understand that vision insurance (ie. Eyemed, VSP, Davis Vision, MedBen Vision, etc.) covers only routine/preventative eye examinations for purposes of vision correction and/or eye health screening.

I understand that examinations for concerns such as diabetes, cataracts, glaucoma, eye pain, redness, "spots in vision", dry eye, blurry vision not due to the need for glasses/contacts, among other problem focused complaints are not addressed during a routine/preventative examination and any visit for those complaints will be considered a medical visit and will be billed through my medical insurance provider.

I understand that, outside of urgent eye issues, I can request that my vision plan be used if eligible and may then return at a later date and time to address specific medical eye concerns.

I have been given or offered a copy of this practice's notices of HIPAA privacy practices.

Patient name \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_

## VISUAL EDGE OPTOMETRY GROUP

### Políticas de seguro y procedimientos de facturación/Reconocimiento de prácticas de privacidad

Autorizo a Visual Edge Optometry a usar esta autorización en lugar de mi firma física en envíos a mi compañía de seguros.

Autorizo la asignación de pagos directamente a VISUAL EDGE OPTOMETRY GROUP cuando corresponda.

Entiendo que es mi responsabilidad conocer los detalles de los deducibles de mi plan de seguro individual y montos de copago/coaseguro.

Entiendo que aunque un procedimiento puede estar cubierto por mi seguro, puedo tener montos fuera de bolsillo para copagos y coseguro o si aún no he alcanzado mi deducible que será pagadero a Visual Edge Optometry

Entiendo que soy responsable en última instancia de los cargos míos o de mi hijo si el seguro no los paga o los niega como mi seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo y el pago de materiales y los servicios prestados se deben independientemente de la determinación de cobertura del seguro.

En caso de que se transfiera un saldo pendiente a cobranza, luego de 120 días de mora, se se agregará al monto adeudado una tarifa de cobranza equivalente al 25 % del saldo impago.

Entiendo que la facturación del seguro está determinada por el motivo de mi visita como última diagnóstico. Entiendo que el seguro de la vista (es decir, Eyemed, VSP, Davis Vision, MedBen Vision, etc.) cubresolo exámenes de la vista de rutina/preventivos con fines de corrección de la visión y/o evaluación de la salud de los ojos.

Entiendo que los exámenes para problemas como diabetes, cataratas, glaucoma, dolor de ojos, enrojecimiento, "manchas en la visión", ojo seco, visión borrosa no debida a la necesidad de anteojos/lentes de contacto, entre otros problemaslas quejas enfocadas no se abordan durante un examen de rutina/preventivo y cualquier visita para aquelloslas quejas se considerarán una visita médica y se facturarán a través de mi proveedor de seguro médico.

Entiendo que, aparte de los problemas oculares urgentes, puedo solicitar que se use mi plan de la vista si soy elegible y luego puede regresar en una fecha y hora posteriores para tratar inquietudes médicas oculares específicas.

Me han dado u ofrecido una copia de los avisos de esta práctica de las prácticas de privacidad de HIPAA.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_