



FORMA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE ASEGURANZA

Aseguranza Medica Primaria _____

Aseguranza Medica Secundaria _____

Plan de Vision (Si existe alguno) _____

Yo autorizo a (aseguranza médica u otra compañía) realizar pagos directamente a la oficina nombrada a continuación por los tratamientos médicos realizados en mi persona.

Vision Salon Eye Care Associates

12812 S. Western Ave.
Blue Island, IL 60406

840 E. 87th St., Ste 100
Chicago, IL 60619

Yo autorizo el uso de esta forma para propósitos de pagos. Yo me doy por entendido que cualquier cantidad que mi aseguranza medica no cubra, será responsabilidad mía (paciente).

Nombre del Asegurado:	# de Saguaro Social:	
# de Poliza Primaria:	# de Poliza Secundaria:	
# de Grupo Primario:	# de Grupo Secundario:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Póliza de Pagos para Aseguranzas

1. Yo entiendo que soy totalmente responsable de los cargos por servicios realizados por los Doctores de esta corporación. Uso de información médica para propósitos de pagos son permitidos.
2. En dado caso de que mi aseguranza no liquide los pagos, Yo me comprometo a pagar el total de los cobros. Si los pagos no son recibidos esta corporación usara los recursos de colección. Dichos gastos serán incluidos en su cuenta.
3. Nuestro personal le asistirá hasta donde les sea posible para procesar los cobros a su asuguranza. Su cubrimiento o reembolso será determinado por su aseguranza. Cualquier deducible o co-pagos tendrán que ser pagados al momento de los servicios.

Yo entiendo los pasos explicados anteriormente.

Paciente _____ Fecha _____

Pariente o Persona Responsable _____

Relación a Paciente _____