

Asignación de Beneficios; Responsabilidad del pago.

Yo autorizo y solicito que mi seguro o plan de visión pague directamente a Watsonville Optometry la cantidad adeudada que surja de mi visión o tratamiento médico o servicios debido a dicho tratamiento o servicios, y asigne incondicionalmente a Watsonville Optometry todos los beneficios a los que tengo derecho bajo el plan, y todos los derechos que tengo para hacer valer mis derechos bajo el plan. Entiendo, sin embargo, que el seguro es un acuerdo privado entre yo y la compañía de seguros y que soy plenamente responsable de todo el dinero adeudado como resultado de los servicios, productos o tratamientos que me proporciona esta oficina.

Al firmar a continuación, solicito que el pago de los beneficios del seguro se pague a Watsonville Optometry en mi nombre por los servicios prestados. Mi firma también autoriza la divulgación de cualquier información médica y de salud necesaria para garantizar el pago.

Nombre

Fecha

Firma