Daniel T. Martinez

O D

Daniel T. Martinez O.D., Inc.
14319 E. Ramona Blvd. Baldwin Park, CA 91706
Phone# (626) 960-8655 Fax# (626) 960-5996

Persona Responsable_____**Fecha:**_____

Yo autorizo a este proveedor a obtener todos los beneficios cubiertos por mi **plan de vision** para mis servicios. Yo autorizo que los pagos de mi seguro sean enviados directamente a esta oficina por sus servicios. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de el pago total, parcial o cualquier pago pendiente, o cualquier balance que no sea cubierto por mi **seguro de vision**. Asumo la responsabilidad de pagar en caso de que mi plan de vision no pague por mis servicios aunque hayan sido previamente verificados por esta oficina. Yo entiendo que el reclamo de mis servicios puede ser negados y por eso estoy de acuerdo en pagar en caso de que lo nieguen.

POLIZA DE 30 DIAS: Usted necesita recoger su orden en el tiempo indicado apartir de la fecha de servicio. Si usted no recoge su orden, perdera el deposito o pago total de su orden y no habra reembolso de dinero o de ningun material ya sean contactos, lentes o armazon.

Yo certifico que la informacion de el plan de vision que he reportado es correcta. De tal manera, autorizo a esta oficina a proveer dicha informacion a mi plan de vision o cualquier agente en referencia a este reclamo. Tambien estoy de acuerdo con la poliza de esta oficina

Firma_____ **Nombre del Paciente**_____

Miembro o Tutor si es menor de 18