

Mark W. Doubrava, M.D.

Firma de Autorización

Nombre Del Paciente (letra de molde)

Yo requiero y autorizo que el pago de beneficios del seguro sea dirigido á Mark W. Doubrava, M.D.

Yo pagaré el balance de los reclamos que no se paguen por mi seguro.

Yo pagaré todas las deudas que no estén cubiertas por mi plan.

Yo pagaré el balance que exista en mi cuenta, después de 90 días de mandarle a cobrar a mi seguro.

Yo también entiendo que la refracción (medida para los anteojos) no está cubierta por Medicare y unos seguros comerciales. La refracción es una parte necesaria para un examen completo de los ojos. Puede ser que yo sea responsable por éste cobro el mismo día de servicio, si es que mi seguro no lo cubre por una razón u otra.

Yo autorizo que la oficina de Mark W. Doubrava, M.D. suministre información y/o records médicos obtenidos mediante el curso de mi examen y/o tratamiento a el doctor que me refirió o cualquier asegurador.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo la cancele con una carta firmada. Copias de esta autorización pueden servir como el original.

Fecha

Firma Del Paciente

9011 W. Sahara Ave., Suite 101, Las Vegas, NV 89117 • 702-794-2020

www.EyeCareForNevada.com