

Rye Physical Therapy & Rehab.  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601

Sepa por favor que su compañía de seguro le puede requerir que usted pague un deducible y un coaseguro.

Para su conveniencia nosotros facturaremos a su compañía de seguros primaria y secundaria (si aplicable) y posteriormente le facturaremos a usted el equilibrio restante.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Asignación de Beneficios

Solicito que se haga el pago de beneficios autorizados, inclusive Medicare, seguro privado, y cualquier otros planes médicos, sean hechos en mi beneficio a Rye Physical Therapy and Rehab. Por los servicios proporcionados a mi del proveedor antes mencionado.

Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan valido como una original.  
Autorizo aun más que el proveedor libere toda información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha