

Rye Physical Therapy & Rehabilitation  
*office locations at*

266 Purchase Street, Rye, New York 10580  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601  
2 Clinton Avenue, Rye, New York 10580

Sepa por favor que su compañía de seguro requiere que usted haga un pago mínimo (co-payment) por cada cita.

Estoy de acuerdo en pagar mi pago mínimo (co-payment) cada vez que los servicios sean dados.

\_\_\_\_\_  
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