Santa Monica Eye Medical Group

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:

I request that payment of authorized medical/vision benefits be made on my behalf to Sadiqa Stelzner, M.D., P.J. Kappel, M.D. for any services rendered to me by that physician/supplier. I further understand that I will be solely responsible for any **deductibles**, **co-insurance,** and/or any non-covered services such as **REFRACTIONS** (refraction is an examination to determine the need for, or change of, eyewear prescription) punctual plugs, special intra-ocular implants and cosmetic treatments not payable by my insurance plan**. I understand that I will be required to pay at the time services are rendered to me. If I wish to have an examination for contact lenses, I understand that there is a separate charge for prescribing, fitting, and dispensing of the lenses**.

I hereby authorize the above mentioned doctors and/or such assistants as may be designated by him/her to administer treatment and/or dilating eye drops, if necessary. The eye drops are necessary to diagnose my condition. I was advised and offered to use sunglasses after dilation.

I acknowledge that I have read a copy of the Santa Monica Eye Medical Group's Notice of Privacy Practices.

I authorize Santa Monica Eye Medical Group to release my medical information to physicians to whom I have been referred, or to physicians involved in conditions related to my eye care.

I authorize any holder of my medical information to release this information to any insurance company/carrier and its agents if needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

_____

Signature of Patient/Guardian/Financially Responsible Party Date

REGLAMENTOS DE LOS BENEFICIOS MEDICOS:

Yo requiero que el pago autorizado de los beneficios de medico/vision sea hecho en favor mio a: Sadiqa Stelzner, M.D., P.J. Kappel, M.D. por cualquier servicio dado a mi por el medico/provedor. Yo ademas comprendo que sere el unico responsible por cualquier **deductible, co-aseguranza** y/o cualquier **servicio que no esta cubierto** tal como **Refracciones** (una examinacion para determinar la necesidad de cambio de receta de lentes) enchufes punctuales que son un implante intro-ocular especial considerado un tratamiento cosmetico que no sea cubierto por el plan de mi aseguranza. **Yo comprendo que yo sere responsable de pagar los servicios que recibo. Si, yo deseo hacerme una examinacion para lentes de contacto, comprendo que habra un cobro separado por la receta, la adaptacion, y los lentes de contacto.**

Autorizo los doctors mencionados o los asistentes administrar gotas para dilatar o para obtener tratamiento de mis pupilas. Las gotas son necesarias para el diagnostico de mi condicion. Me avisaron y ofrecieron usar lentes de sol despues de dilatacion de las pupilas.

Yo reconosco que recibi copia de Santa Monica Eye Medical Group's Notificacion de Practica de Privacidad.

Yo autorizo a Santa Monica Eye Medical Group de compartir mi archivo con mis datos medicos con doctores a los cuales se me a referido o con los doctores en relacion de mi cuidado medico.

Yo autorizo a cualquier institucion que tenga informacion medica acerca de mi compartir con mi seguro de salud y sus agentes para determinar mis beneficios por los servicios brindados.

_____

Signature of Patient/Guardian/Financially Responsible Party Date