



Ahmad A. Amir, M.D.
 Robert W. Higginbotham, M.D.
 Christopher S. Hulburd, M.D.
 William E. McRee, M.D.
 Craig A. Merrill, M.D.
 J. Brent Oldenburg, M.D.
 Jawad Ahmad, M.D.
 Jennifer A. Spiegel, M.D.
 Justin Hellman, M.D.

Scot A. Class, O.D.
 Robert D. Dirksen, O.D.
 Joseph Horne, O.D.
 Martin Hetland, O.D.

PacEyeMD.com
 Phone: (805) 545-8100
 Fax: (805) 548-8785

SAN LUIS OBISPO
Medical Ophthalmology & Optical
 3855 Broad St, Suite B
 San Luis Obispo, CA 93401

PASO ROBLES
Medical Ophthalmology & Optical
 220 Oak Hill Rd.
 Paso Robles, CA 93446

PISMO BEACH
Medical Ophthalmology & Optical
 931 Oak Park Blvd, Suite 201
 Pismo Beach, CA 93449

SANTA MARIA
Medical Ophthalmology
 816 East Enos Dr, Suite A
 Santa Maria, CA 93454

LOMPOC
Medical Ophthalmology & Optical
 1111 E. Ocean Ave, Suite 7
 Lompoc, CA 93436

ORCUTT
Optometry/Optical
 1140 E Clark Ave, Unit 160
 Santa Maria, CA 93455

OPTICAL CONCEPTS
Optometry/Optical
 230 E Betteravia, Suite S
 Santa Maria, CA 93454

Pacific Eye Forma de Exención de Seguro Médico HMO

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Es posible que los servicios no estén cubiertos por su plan de seguro, _____, a menos que obtenga autorización previa.

Si desea que le brindemos el servicio hoy sin autorización, firme a continuación.

Entiendo que es posible que mi seguro médico HMO no pague por servicios no autorizados. Si se niega mi visita sin autorización, acepto ser financieramente responsable.

 Firma _____
 Fecha

 Relación con el paciente (si es menor de edad)