

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Asignacion de derechos para perseguir ERISA y otros reclamos legales y administrativos asociados con mi seguro de salud y/o mi plan de beneficios de salud(incluyendo incumplimiento de obligacion feudiciaria) y la designacion de un representante autorizado.

Yo por medio de la presente asigno y doy directamente a el arriba mencionado proveedor de salud, como mi representante autorizado asignado, todos los beneficios medicos y/o reembolsos de seguro, si alguno, de alguna manera pagable para mi por servicios,tratamientos,terapias, y/o medicamentos dados o proveidos por el proveedor de salud arriba mencionado, sin tomar en cuenta el estatus de su participacion en el manejo de la red de cuidado. Yo entiendo que Yo soy financieramente responsable por todos los cargos sin tomar en cuenta cualquier pago de seguro o beneficio. Yo por medio de la presente autorizo al proveedor de salud arriba mencionado para liberar toda la informacion medica necesaria para procesar mi reclamo. Ademas, Yo por medio de la presente autorizo a mi plan de administracion feudiciario, asegurador y/o abogado para liberar a el proveedor de salud arriba mencionado cualquiera y todo Plan de documentos, descripcion de sumario de beneficios, poliza de seguro y/o convenio de informacion con una peticion en forma escrita a el arriba mencionado proveedor de salud o sus abogados en orden para reclamar tales beneficios medicos.

En adiccion para la asignacion de beneficios medicos y/o reembolso de seguro, Yo tambien asigno y/o doy al proveedor de salud arriba mencionado cualquier reclamo legal o administrativo o elegir una accion que surga bajo cualquier plan de salud,plan de beneficios de empleo, seguro de salud o seguro de agravio al causante con gastos medicos incurridos como resultado de servicios medicos, tratamientos, terapias, y/o medicamentos que yo reciva de el proveedor de salud arriba mencionado(incluyendo cualquier derecho para perseguir esos reclamos legales y administrativos o elegir una accion). Esto contituye un expresa y sabida asignacion de ERISA reclamo de incumplimiento de obligacion feudiciario y otros reclamos legales y administrativos.

Yo quiero por medio de esta asignacion y designacion de el representante autorizado para transmitir al proveedor de salud arriba mencionado todos mis derechos de reclamos(o poner un derecho de retencion) los beneficios medicos relacionados para los servicios, tratamientos, terapias, y/o mediaciones proveidas por el proveedor de salud arriba mencionado, incluyendo derechos para cualquier convenio, remedio applicable de seguro, legal o adminiistrativo (incluyendo danos que surgan de ERISA reclamo de incumplimiento de obligacion feudiciaria). El representante asignado y/o designado (proveedor arriba mencionado) Se le ha dado el derecho por mi para (1) Obtener informacion respecto al reclamo con la misma amplitude que a mi. (2) Submitir evidencia.(3) Hacer declaracion de hechos o ley.(4) Hacer cualquier peticion incluyendo proviendo o recibiendo aviso de apelacion del proceso. (5) Participar en cualquier accion administrative y judicial y perseguir el reclamo o elegir accion o derecho contra cualquier parte susceptible, compania de seguro, plan de beneficios, plan de beneficios de cuidado de salud o plan administrador. El proveedor arriba mencionado como mi representante autorizado asignado y designado quiza lleve a juicio contra cualquiera tales como beneficio de plan de salud, plan de beneficio de empleado, plan administrador o compania de seguro en mi nombre con derivado fijo a gasto del proveedor.

A menos que sea revocado, esta asignacion es valida para todos las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA(Reforma de legislacion de cuidado de salud), ERISA, Medicare y leyes estatales y federales aplicables. Una fotocopia de esta asignacion sera considerada valida, al igual que si fuera original.

YO HE LEIDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO

Firma del Paciente _____.

Fecha _____.