



**BISCAYNE PLAZA  
Surgery Center**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, LA CESIÓN DE DERECHOS & LA DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por lo presente asigno y transmito directamente al proveedor de cuidado de la salud mencionado, como mi designado autorizado representante, todas las prestaciones médicas o reembolso de seguro, si alguno, bajo cualquier póliza de seguro o de otra cobertura de salud en el cual el paciente es un beneficiario cubierto, de lo contrario pagadero a mí para servicios, tratamientos, terapias, incluyendo médicos mayores, prestados o proporcionados por el mencionado médico, incluyendo sus corporaciones profesionales o entidades comerciales, incluyendo sin limitación, si procede, proveedor de patología, anestesista y radiología proveedor por causa de esta admisión, independientemente de su estatus de participación red de atención médica administrada. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos independientemente de cualquier pago seguro o beneficio aplicable. Por la presente autorizo el mencionado médico para liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, autorizo a mi administrador fiduciario del plan, asegurador o abogado para liberar a los susodichos médico cualquiera y todos documentos del Plan, descripción sumaria beneficio, póliza de seguro o información de liquidación previa solicitud por escrito de los susodichos asistencia médica o a sus abogados para reclamar tales prestaciones médicas.

Además de la asignación de los beneficios médicos o reembolso seguro anterior, yo también asignar o transmitirle el arriba nombrado médico cualquier reclamación legal o administrativa o las acciones derivadas de cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o agravio feasor seguro con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias o medicamentos que recibo de los susodichos asistencia médica (incluyendo cualquier derecho a perseguir esos reclamos legales o administrativas o eligió una acción). Esto constituye una cesión expresa y sabiendas conocidas de ERISA incumplimiento o deber fiduciario demandas y otras reclamaciones legales y/o administrativas. Pienso por esta asignación y designación de representante autorizado para transmitir al proveedor de susodichos todos derechos a reclamar (o coloque un gravamen sobre) las prestaciones médicas relacionadas con los servicios, tratamientos, terapias, incluyendo médicos mayores, suministrado por el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, incluyendo los derechos de cualquier asentamiento, seguros o se aplica remedios legales o administrativos (incluyendo los daños derivados de un incumplimiento de deber fiduciario reclamos ERISA). El cesionario o representante designado (mencionado proveedor) otorga el derecho me (1) obtener información con respecto al reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o derecho; (4) realizar cualquier solicitud incluyendo ofrecer o recibir el aviso de procedimientos de recurso; (5) participar en las acciones administrativas y judiciales y perseguir demandas o acción elegido o derecho contra cualquier responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de salud o administrador del plan. El proveedor mencionado como mi cesionario y mi representante designado pueden traer traje contra cualquier tal salud beneficio plan, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con derivados que está parado en el costo del proveedor.

Medicare: Las partes firmantes asignar por este medio, transferencia y sobre todos beneficios de Medicare pagaderos por los servicios de salud relacionados con esta admisión en el mencionado médico, incluyendo sus corporaciones profesionales o entidades comerciales, incluyendo pero no limitado a, si procede, proveedor de patología, anestesista y proveedor de radiología y autorizo a los prestadores de servicios o sus empresas presentar un reclamo directamente a Medicare para el pago en nombre de la paciente abajo firmantes, dijo. Artículos no cubiertos por Medicare será responsabilidad del firmante financieramente responsable.

A menos que revoque, esta asignación es válida para todos los comentarios de administrativos y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de salud), ERISA, Medicare y federal aplicable y las leyes del estado. Una fotocopia de esta tarea es considerado válido, lo mismo como si era el original. EL ABAJO FIRMANTE Y CADA UNO DE ELLOS, CERTIFICAN QUE HAN LEÍDO Y COMPRENDER CADA UNA DE LAS AUTORIZACIONES ARRIBA.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO/PACIENTE & FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (LA RELACION) FECHA  
FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO FECHA

PATIENT LABEL HERE