

1960 MEDICINA FAMILIAR DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, LA ASIGNACION DE DERECHOS A MANTENER ERISA Y OTROS JUICIOS Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI SEGURO DE SALUD Y / O PLAN DE BENEFICIOS MEDICOS (INCLUYENDO INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) DESIGNACION DE REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Por la presente cedo yo transmitir directamente al proveedor de atención médica de facturación antes mencionado, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios y / o el reembolso de seguro medico. En mi caso, de otro modo pagaderos a mí por servicios, tratamientos, terapias, y / o medicamentos prestados o prestados por el proveedor de atención médica de facturación antes mencionado, independientemente de mi estatus de la participación de atención médica administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de todo pago de seguro o de beneficios aplicables. Por la presente autorizo al proveedor de atención médica de facturación mencionado anteriormente, para liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo a mi plan administrador fiduciario, compañía de seguros, y / o abogado para liberar al proveedor arriba mencionado cuidado de la salud de facturación en cualquier y todos los documentos del Plan, descripción de beneficios resumen, póliza de seguro, y / o información de solución previa solicitud por escrito del por encima de la llamada al médico de facturación o de sus abogados con el fin de reclamar tales beneficios medicos.

Tengo la intención de esta asignación y designación de representante autorizado para transmitir al proveedor de facturación susodicho todos mis derechos a reclamar (o retener el derecho sobre) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y / o mediaciones proporcionados por el proveedor de atención médica de facturación por encima de la llamada, incluidos los derechos a cualquier arreglo, de seguros o los recursos legales o administrativas aplicables (incluyendo daños derivados de la violación de la ley ERISA reivindicaciones deber fiduciario). El cesionario y / o representante designado (por encima de la llamada del proveedor) se le da el derecho a por mí (1) obtener información con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o la ley; (4) hacer cualquier petición que incluye suministrar o recibir la notificación de un procedimiento de recurso; (5) participar en las acciones administrativas y judiciales y presentar reclamaciones o eligió en la acción o derecho contra cualquiera de las partes responsables, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de asistencia médica o administrador del plan. El proveedor de facturación antes nombrado como mi cesionario y mi representante designado no podrá demandar a cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con el pie derivado a expensas del proveedor. A menos que se revoca, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en el PPACA (legislación de reforma de salud), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, lo mismo que si fuera el original.

1960 MEDICINA FAMILIAR Política Financiera / Declaración del Paciente

Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención médica que usted. De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, estamos comprometidos a asegurar que usted reciba la atención de más alta calidad a un precio asequible. Además, queremos proteger a nuestros pacientes de facturas inesperadas. Para hacer que nuestros servicios a disposición del mayor número posible de pacientes sobre una base asequible, hemos adoptado la política financiera se describe a continuación. Le pedimos que lea la póliza cuidadosamente y firmar antes de cualquier tratamiento.

- podemos aceptar cualquier seguro ASIGNABLE CON cobertura aplicables.
- Podemos ofrecer asistencia financiera bajo nuestra política financiera a los pacientes elegibles en un caso por caso.

Seguro

Aceptamos la asignación de beneficios de seguro a nuestro criterio si se proporciona la identificación de la seguridad aceptable. identificación del seguro aceptable se define como una tarjeta válida de seguro, la política / plan con cobertura de su caso, la verificación y teléfono / línea. Como una cortesía a nuestros pacientes, seguro y verificable asignable será facturado por nuestra oficina. Sin embargo, usted es personalmente responsable por el saldo de su cuenta en caso de que su compañía de seguros no paga la cantidad total de sus reivindicaciones, a menos que usted es elegible para una reducción de la cantidad adeudada en virtud de nuestra política financiera.

Descuentos o reducciones en el proyecto de ley

Podemos ofrecer un descuento, reducción o suspensión de la deducible, coaseguro o copago a los pacientes elegibles en base a las necesidades médicas y capacidad de pago sobre una base caso por caso, en virtud de nuestra política financiera de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables.

Su responsabilidad y la Cooperación

Si aceptamos su asignación de los seguros como pago de su compañía de seguros, usted acepta cooperar oportuna con su compañía de seguros o plan de salud en el curso de procesamiento de reclamaciones de seguros, tales como las consultas de seguros, solicitudes de información adicional, afirma verificación del estado o cualquier consulta a los efectos de su procesamiento de reclamaciones. También se compromete a notificar inmediatamente de cualquier solicitud de seguro o solicitud de información adicional y nos proporcionará una copia de toda la documentación recibida de la compañía de seguros o sometido a la compañía de seguros de usted.

Estamos comprometidos a proveerle con la atención de más alta calidad posible a un precio asequible. Cada miembro del personal en nuestra oficina está listo para ayudarle en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras políticas financieras, por favor no dude en solicitar en cualquier momento. He leído la Política Financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE ACUERDO

X	_____	_____	_____
	Firma del paciente o responsable	Nombre del paciente (impresión)	Fecha
X	_____	_____	_____
	Firma del Co-Responsable	Su nombre (impresión)	Fecha