



**Best Choice
Anesthesia and
Pain Services, PLLC**

**ASIGNACIÓN LEGAL DE BENEFICIOS Y DESIGNACIÓN
DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Yo, el abajo firmante, tengo seguro y/o cobertura de beneficios de atención médica para empleados y, por una buena y valiosa consideración, por la presente nombro al proveedor de atención médica, Best Choice Anesthesia and Pain Services, como mi(s) representante(s) autorizado(s) designado(s). Además, por la presente asigno y transfiero directamente a los proveedores de atención médica mencionados anteriormente, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguros, si los hubiere, que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados por dichos proveedores, independientemente de los beneficios administrados por dichos proveedores. estado de participación en la red de atención. Entiendo y acepto que soy legalmente responsable de los cargos totales reales expresamente autorizados por mí, independientemente de los pagos de beneficios o seguros aplicables. Por la presente, otorgo a los proveedores mencionados anteriormente la autoridad bajo HIPAA para divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos de salud. Por la presente, autorizo a cualquier administrador del plan, fiduciario del plan y/o asegurador a entregar a dicho(s) proveedor(es) todos y cada uno de los documentos del plan de seguro y una copia de mi póliza de seguro de salud cuando lo soliciten. También autorizo a mi proveedor a usar mi firma en todas las presentaciones de reclamos de beneficios de salud para empleados y seguros de salud.

En la máxima medida permitida por la ley, incluidos, entre otros, ERISA §502(a)(1)(B) y §502(a)(3), asigno y transmito a los proveedores mencionados anteriormente, mis beneficios en cualquier plan de salud grupal para empleados aplicable, póliza de seguro de salud individual, póliza de protección contra lesiones personales, póliza de pagos médicos, póliza de automovilista con seguro insuficiente o con seguro insuficiente, recuperación de daños de terceros, a fin de satisfacer todos y cada uno de los gastos médicos incurridos legalmente por por los servicios médicos que recibí de los proveedores mencionados anteriormente. Además, en la máxima medida permitida por la ley, otorgo al proveedor un gravamen sobre dichos beneficios médicos, acuerdos, procedimientos y/o reembolsos de seguros.

Por último, autorizo al proveedor a; (1) obtener información sobre el crédito en la misma medida que el cedente; (2) presentar pruebas e información en mi nombre; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes, si se conocen; (4) hacer solicitudes, dar o recibir cualquier notificación sobre procedimientos de apelación; y (5) emprender cualquier acción administrativa, legal y judicial, incluida la presentación de una demanda, en mi nombre con derecho derivado, que el proveedor considere necesaria para obtener el pago de los beneficios de mi seguro médico. A menos que se revoque, esta cesión es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en virtud de PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. He leído y entiendo completamente este acuerdo. Lo anterior no se interpretará como una obligación de este proveedor médico de presentar una apelación legal o una recuperación legal.

Firma del Asegurado/Tutor

Fecha