

AARON S. BRANSKY, MD, PA

6309 PRESTON ROAD, SUITE 1200 PLANO, TEXAS 75024 ▪ 972-612-3965 ▪ FAX 972-618-4219

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (SOLO PACIENTES CON ASEGURANZA MEDICA)

ASIGNACION DE BENEFICIOS, ASIGNACION DE DERECHOS PARA PERSEGUIR ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS A MI SEGURO DE SALUD Y/O PLAN DE BENEFICIOS MEDICOS. (INCLUSO INCUMPLIMIENTO DE DEBER FIDUCIARIO) Y DESIGNACION DE REPRESENTANTE AUTORIZADA.

Por medio de la presente, asigno y transmito directamente a mi proveedor medico mencionado arriba, como mi representante designado y autorizado, todos los beneficios medicos y/o reembolsos de seguro, si hay, sino pagado a mi por los servicios, tratamientos, terapias, y/o medicamentos proveidos por el medico nombrado arriba sin importar el estado de su participacion en la red de cuidado administrado. Yo entiendo que soy responsable economicamente para todos los cobros sin importar cualquier pago de seguro o beneficio. Por la presente, doy autorizacion al proveedor de servicios medicos nombrado arriba para proveer toda la informacion medica necesario para procesar mis reclamos. Además, doy autorizacion al administrador fiduciario de mi plan, mi compania de seguro, y/o mi abogado dar al proveedor medico nombrado arriba cualquier documentos del plan, resumen/descripcion de beneficios, poliza de seguro, y/o informacion sobre un acuerdo al requisito escrito del medico nombrado arriba o sus representantes legales para reclamar esos beneficios medicos.

Ademas del Asignacion de los beneficios medicos y/o reembolsos de aseguranza anteriores,, tambien asigno y/o doy al proveedor medico nombrado arriba cualquier reclamo legal o administrativo o escoger la accion bajo cualquier plan de salud para un grupo, plan de beneficios de empleo, aseguranza de salud o deguro de tort feasor que tiene que ver con gastos medicos como resulta de los servicios medicos, tratamientos, terapias y/o medicamentis recibo del proveedor medico nombrado arriba (incluso cualquier derecho perseguir estos reclamos legales o administrativos o escoger una accion). Este sirve como un asignacion de beneficios expreso y con complicidad de incumplimiento de ERISA o reclamos de deber fiduciario y otros reclamos legales y/o administrativos.

Por medio de la presente asigno y designo al representante autorizado dar al proveedor mencionado arriba todos mis derechos reclamar (o poner un lien sobre) los beneficios relacionados al servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proveidos por el proveedor de servicios medicos nombrado arriba, incluso los derechos a cualquier acuerdo, aseguro o remedios legales o administrativos que aplican (incluso danos viniendo de un incumplimiento de ERISA de reclamos de deber fiduciario). El representante asignado y/o designado (el proveedor nombrado arriba) asta dado el derecho por mi para 1)obtener informacion en relacion al reclamo lo mismo como yo; 2) proveer evidencia; 3) hacer afirmaciones sobre los hechos o la ley; 4) hacer cualquier requisito incluso proveer o recibir noticias de proceso de apelacion; 5) participar en cualquier accion administrative y legal y perseguir reclamos o escoger en accion o derecho contra cualquier parte cupable, compania de seguro,, plan de beneficios de empleo, plan de beneficios medicos, o administrador de un plan. El proveedor mencionado arriba como mi asignado y mi representante autorizada escogido puede entablar una demanda contra cualquier plan de servicios medicos, un plan de benefios de empleo, administrador de un plan o compania de seguros en mi nombre con derivative standin pagado por el proveedor.

Aunque sea revocada, esta asignacion es valida para todas las revisiones legales y administrativas bajo el PPACA (la ley de reformation del cuidado medico). Una fotocopia de este acuerdo se considera valida, como si fuera el original.

HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma del Paciente

Nombre Impreso

Fecha