

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) entiendo y acepto que soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados y que Elite Dermatology puede facturar a mi compañía de seguros, si corresponde, como cortesía.

En consideración de los servicios prestados, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a Elite Dermatology para mí y mi "dependiente", si corresponde, todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados que se proporcionan en cualquier póliza de seguro o planes de salud grupales bajo los cuales estamos asegurados o brindamos cobertura para beneficios de salud con el fin de otorgar a Elite Dermatology un derecho independiente de recuperación basado en mis derechos bajo dichas pólizas o planes de salud grupales. **ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.**

Por la presente nombro a Elite Dermatology como mi(s) representante(s) debidamente autorizado(s) y apoderado para actuar en nuestro nombre, buscar el pago de mis reclamos de beneficios y ejercer mis derechos a la cobertura médica y los beneficios que se derivan de dicha cobertura, para presentar apelaciones relacionadas con dichos reclamos y solicitar documentos relevantes para dichos reclamos y dirigir y autorizar a cualquier pagador a comunicarse con dichos representantes autorizados con respecto a todos nuestros reclamos de beneficios con respecto a Elite Dermatology.

Por la presente, ordeno que el pago de dichos planes, políticas y programas se realice directamente a Elite Dermatology por los servicios y artículos que se me brindaron a mí y a mis dependientes. En caso de que se me haga un pago contrario a este acuerdo, entregaré el pago en su totalidad de inmediato a Elite Dermatology.

Además, asigno a Elite Dermatology y sus agentes todos los derechos, reclamos o causas de acción que pueda tener para solicitar y obtener documentos de cualquier plan de salud y sus aseguradoras afiliadas, empleadores y administradores externos que se relacionen con la cobertura o no cobertura de beneficios o pago de cargos por atención médica, incluidos, entre otros, mi certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; cualquier póliza maestra o documento del plan rector que difiera del certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; copias de cualquier política o procedimiento utilizado para decidir mi reclamo; y una copia completa de cualquier otra información de adjudicación de reclamos para que Elite Dermatology pueda determinar si se llevó a cabo una revisión completa y justa de mi reclamo.

Yo asigno a Elite Dermatology y sus agentes mis derechos y cualquier reclamo o causa de acción que pueda tener para cobrar cualquier sanción por la falla de mi plan de salud en producir oportunamente esta información requerida.

Si mi cuenta entra en mora y se remite a un abogado o a una agencia de cobro, acepto que pagaré todos los cargos, intereses a partir de la fecha de vencimiento al dieciocho por ciento (18%) o la tasa máxima permitida por la ley, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobro.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre de los Representantes (si el paciente es dependiente): \_\_\_\_\_

Firma\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Para ser firmado por el Paciente o, si el Paciente es un dependiente, El Representante del paciente.