

BUILDING BLOCKS PEDIATRIC GROUP, LLC

**Asignación de Beneficios
Responsabilidad y Autorización para Tratamiento
Divulgación de Información**

Yo autorizo el pago por los servicios prestado y asignar mis derechos y los beneficios en virtud de contratos para el pago de mi compañía de seguros a Building Blocks Pediatric Group, LLC. Yo certifico que la información que he proporcionado en la solicitud de pago en virtud de mi aseguradora es la correcta. Yo autorizo a que cualquier información personal medico o de otro tipo que sean necesarios para una reclamación de ser puesto en libertad a mi proveedor. También solicito que el pago de beneficios en mi nombre se hizo a Building Blocks Pediatric Group, LLC por los servicios prestados. Entiendo que este acuerdo es efectivo hasta que sea revocada, y que estoy de acuerdo en pagar. Copago o deducible que es mi responsabilidad como por mi compañía de seguros.

En el caso de que recibo un cheque por los servicios prestados por Building Blocks Pediatric Group, LLC me comprometo a endosar el cheque a Building Blocks Pediatric Group, LLC y entregar el cheque original a ellos. También entiendo que sé el proveedor no recibe el pago de la compañía de seguros, yo soy personalmente responsable por los cargos del proveedor.

Por la presente autorizo a Building Blocks Pediatric Group, LLC que libere todos los registros pertinentes médicos que lo soliciten por escrito al proveedor de seguro. Por otra parte, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar todos los registros médicos para ser usada o revelada, y que yo también tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

Declaración de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegir Building Blocks Pediatric Group, LLC como su proveedor de atención medica. Mediante la aceptación de nuestros servicios usted ha aceptado la responsabilidad financiera de su parte, lo que garantiza el pago total de nuestros honorarios. Siempre vamos a verificar su cobertura y la factura de la compañía de seguros apropiada para los servicios prestados. Sin embargo, usted es el responsable por el pago de su factura y el equilibrio. Como parte de este acuerdo, usted es responsable de cualquier deducible o copago según lo determinado por su compañía de seguros. Estos pagos deben hacerse en el momento del servicio. En general, usted es responsable de cualquier monto no cubierto por su seguro. Si por alguna razón usted o su medico decida continuar mas allá de su periodo de aprobación (lapso en la cobertura de seguro), usted será responsable de su saldo en su totalidad. Nos reservamos el derecho de demorar el servicio hasta que el saldo sea pagado en su totalidad.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera para Building Blocks Pediatric Group, LLC por los servicios prestados. Al firmar abajo, yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios por el monto total y la totalidad de la factura directamente a Building Blocks Pediatric Group, LLC en mi nombre.

Firma de Garante: _____ Fecha: _____