

CESIÓN Y NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Considerando la cantidad de gastos médicos en que se incurrirá, yo, el que suscribe, declaro que tengo seguro médico o beneficios de atención médica para empleados que pagarán la atención médica dada por **BioPlus Specialty Pharmacy Services, Inc.** y su red de farmacias **MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Medical Pharmacy o Santa Barbara Specialty Pharmacy** (cada una de ellas llamada "Farmacia"). Para otorgar a la Farmacia todos los derechos que tengo para que la atención médica se pague a través del seguro o mi plan de beneficios de atención médica para empleados (autoasegurado o totalmente asegurado), este documento es un nombramiento de la representación autorizada y una cesión a la Farmacia de mi derecho al seguro médico o beneficios de atención médica (autoasegurado o totalmente asegurado). La información de esta representación autorizada y cesión están establecidos abajo.

Por este medio, cedo y traslado directamente a la **Farmacia**, como mi cesionario y representante autorizado designado, todos los beneficios médicos o reembolso del seguro, si los hubiera, que de otra forma me pagarían por los servicios, tratamientos, terapias, dispositivos o medicamentos prestados o dados por la **Farmacia**, sin importar su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, sin importar qué seguro o pago de beneficios aplique. Por este medio autorizo a la **Farmacia** a revelar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por este medio autorizo al fiduciario administrador de mi plan, asegurador o abogado a revelar al proveedor de atención médica nombrado arriba cualquiera y todos los documentos del plan de beneficios para empleados, el resumen de la descripción de los beneficios, la póliza de seguro o información de la liquidación al pedirlo por escrito el proveedor de atención médica nombrado arriba o sus abogados para poder reclamar tales beneficios médicos.

Además de la cesión de los beneficios médicos, seguro o reembolso del plan, también cedo o traslado a la **Farmacia** cualquier reclamo legal, equitativo o administrativo o derecho a interponer una acción que surja en virtud de cualquier plan médico de grupo, plan de beneficios para empleados (autoasegurado o totalmente asegurado), seguro médico o seguro de responsabilidad civil con respecto a gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias, aparatos o medicamentos que reciba de la **Farmacia** (incluyendo cualquier derecho a presentar esos reclamos legales, equitativos o administrativos o a interponer una acción). Esto constituye una cesión expresa y con conocimiento de reclamaciones de deberes de fiduciario o incumplimiento de ERISA ¹ y otras reclamaciones administrativas o legales.

¹ERISA es el acrónimo de la ley federal llamada Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados. ERISA rige la mayoría de los beneficios de salud de grupo dados por los planes de beneficios para empleados. Un plan médico de grupo es un plan de beneficios de bienestar para los empleados establecido o mantenido por un empleador o por una organización de empleados (como un sindicato), o ambos, que da atención médica a los participantes o sus dependientes, ya sea directamente o a través de un seguro, reembolso o de otra manera. La mayoría de los planes médicos del sector privado están cubiertos por ERISA. Entre otras cosas, ERISA da protecciones a los participantes y los beneficiarios en los planes de beneficios para empleados (derechos del participante), incluyendo el acceso a la información del plan en formación. Además, aquellas personas que administran planes (y otros fiduciarios) deben cumplir ciertas normas de conducta según las responsabilidades del fiduciario especificadas en la ley.

Revisado: 220921

BioPlus Specialty Pharmacy 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701

BioPlus Specialty Pharmacy 100 Southcenter Ct. Suite 100, Morrisville, NC 27560

BioPlus Specialty Pharmacy 13925 Yale Ave, Suite 145 Irvine, CA 92620

MedScripts Medical Pharmacy 1325 Miller Rd. Suite K, Greenville, SC 29607

River Medical Pharmacy 4752 Research Drive, San Antonio, TX 78240

Route 300 Pharmacy 1208 Route 300 Suite 103, Newburgh, NY 12550

Santa Barbara Specialty Pharmacy 4690 Carpinteria Ave, Ste B, Carpinteria, Ca 93013

Con esta cesión y nombramiento de representante autorizado tengo la intención de trasladar a la **Farmacia** todos mis derechos de reclamar (o colocar un embargo en) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias o medicamentos dados por el proveedor de atención médica nombrado arriba, incluyendo los derechos a cualquier liquidación, seguro o recursos legales, equitativos o administrativos que apliquen (incluyendo daños, recursos y sanciones civiles que surjan de reclamos de incumplimiento de deberes fiduciarios de ERISA). Otorgo el derecho al cesionario o representante designado (**Farmacia**) de (1) obtener información relacionada con el reclamo en la misma medida que a mí; (2) presentar evidencia; (3) hacer declaraciones sobre hechos o la ley; (4) hacer cualquier solicitud que incluye entregar o recibir el aviso de los recursos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial, y presentar demandas o interponer una acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados (autoasegurado o totalmente asegurado), plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. La **Farmacia**, como mi cesionario y mi representante autorizado designado, puede entablar un procedimiento contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros, en mi nombre, con el derecho a interponer una demanda derivada a expensas del proveedor.

Esta cesión es irrevocable y válida para todas las revisiones administrativas y judiciales según la PPACA (legislación de la reforma de salud), ERISA, Medicare y todas las leyes federales y estatales correspondientes. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida, igual que si fuera el original.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.

Nombre del paciente ("Paciente"):	
Firma del paciente:	
Fecha:	

Revisado: 220921