

Asignación 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 Pharmacy y Santa Barbara Specialty Pharmacy (cada una de ellas llamada “Pharmacy”)**. Doy a Pharmacy todos los derechos que tengo para que la atención médica se pague por medio del seguro o por medio de mi plan de beneficios de atención médica para empleados (asegurado por cuenta propia o totalmente asegurado). Este documento es una designación de representación autorizada y una asignación a Pharmacy de mi derecho a un seguro médico o a los beneficios de atención médica (asegurado por cuenta propia o totalmente asegurado). La información de esta representación autorizada y asignación se establecen abajo.

Por la presente cedo y traspaso directamente a Pharmacy, como mi designado y representante autorizado designado, todos los beneficios médicos o el reembolso del seguro, si corresponde, que me paguen por los servicios, tratamientos, terapias, dispositivos o medicamentos prestados o dados por Pharmacy, independientemente del estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, sin importar qué seguro o pago de beneficios aplique. Por este medio autorizo a Pharmacy para que revele toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo al fiduciario, asegurador o abogado del administrador del plan para que revele al proveedor de atención médica mencionado arriba todos y cada uno de los documentos del plan de beneficios para empleados, el resumen de la descripción de beneficios, la póliza de seguro o la información del acuerdo cuando el proveedor de atención médica mencionado arriba o sus abogados lo pidan por escrito para reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos, el seguro o el reembolso del plan mencionado arriba, también cedo o traslado a Pharmacy cualquier reclamo legal, equitativo o administrativo o derecho a optar por la inacción que pueda surgir según cualquier plan médico de grupo, plan de beneficios para empleados (asegurado por cuenta propia o totalmente asegurado), seguro médico o seguro de responsabilidad civil relacionada a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias, aparatos o medicamentos que reciba de la Pharmacy (incluyendo cualquier derecho a presentar esos reclamos legales, equitativos o administrativos o a optar por la inacción). Esto constituye una asignación expresa, con conocimiento de ERISA* una vulneración de seguridad o de deberes de fiduciario y otras demandas legales o administrativas.

*ERISA es el acrónimo de la ley federal a la que tiene derecho, llamada la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados. ERISA rige la mayoría de los beneficios médicos 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 a sus dependientes, ya sea directamente o por medio 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 a los beneficiarios de los planes de beneficios para empleados (derechos del participante), incluyendo el acceso a la información del plan. Además, aquellas personas que administran planes (y otros fiduciarios) deben cumplir ciertas normas de conducta según las responsabilidades del fiduciario especificadas en la ley.

Con esta asignación y nombramiento de representante autorizado tengo la intención de trasladar a Pharmacy todos mis derechos para reclamar (o imponer un embargo sobre) 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 acuerdo, seguro o recursos legales, equitativos o administrativos que correspondan (incluyendo daños, recursos y penalizaciones civiles que surjan de las demandas por la violación de seguridad de los deberes fiduciarios de ERISA). Al designado o representante designado (Pharmacy) le doy el derecho de (1) obtener información del reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar evidencias; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier petición, incluyendo el aviso o recepción de un procedimiento de apelación; (5) participar en acciones administrativas y judiciales y presentar reclamos u optar por la inacción o el derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados (asegurado por cuenta propia o totalmente asegurado), plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. Pharmacy, como mi designado 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 de derivación a expensas del proveedor.

Esta asignación es irrevocable y es válida para todas las revisiones administrativas o judiciales según PPACA (ley para la reforma de la atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación se considerará válida, igual que si fuera el original.

LEÍ Y ENTIENDO TOTALMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

Nombre del paciente (“Paciente”): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____