

Eduardo Besser, M.D.

ASSIGNMENT OF BENEFITS – ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled including Medicare, private insurance, and any other health plans to Eduardo Besser, M.D. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered an original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by said insurance. I hereby authorize the said assignee to release all information necessary to secure payment.

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos incluyendo beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho por Medicare, seguros privados u otros planes de salud Eduardo Besser, M.D. Esta asignación permanecerá en efecto hasta revocada por mi por escrito. Una fotocopia de este documento será considerada original. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los pagos sean o no pagados por dicha compañía aseguradora. Autorizo al designado a entregar toda la información necesaria para asegurar pagos.

Signed: _____ Date: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION – AUTORIZACION DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA:

I hereby Eduardo Besser, M.D. to furnish all necessary information he may have regarding my condition under his observation or treatment, including, but not limited to: history obtained, physical findings, diagnosis and prognosis, to my insurance company(ies) and/or physicians.

Autorizo a Eduardo Besser, M.D. a proporcionar toda la información necesaria sobre mi condición tratada incluyendo pero no limitada a historia medica, hallazgos físicos, diagnósticos y pronóstico a mi compañía(s) aseguradora y/o médicos.

I Authorize

Doctor _____

To furnish all necessary Medical Records to
Eduardo Besser, M.D.

Signed: _____ Date: _____

PAST DUE BALANCES – CUENTAS PENDIENTES

Should my account be unpaid after 90 days (unless other financial arrangements have been made), I understand that my account will be turned over to a collection agency. Should any additional costs be incurred due to this action, I understand that I will be responsible for them in addition to my unpaid balance.

Entiendo que saldos pendientes en mi cuenta no pagados después de 90 días (excepto cuando otros arreglos financieros sean hechos), mi cuenta será entregada a una agencia recolectora. Los gastos generados por esta acción serán de mi responsabilidad además de la cantidad en deuda.

Signed: _____ Date: _____