

CESIÓN Y NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Considerando la cantidad de gastos médicos en que se incurrirá, yo, el infrascrito, declaro que tengo seguro médico o beneficios de cuidado de salud para empleados los cuales servirán para pagar el cuidado de salud prestado por **BioPlus Specialty Pharmacy Services, Inc.** y su red de farmacias **MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy or Route 300 Medical Pharmacy** (cada "Farmacia")

Para otorgar a **Farmacia** todos los derechos que tengo para que el cuidado de salud se pague a través del seguro o mi plan de beneficios de cuidado de salud para empleados (autoasegurado o totalmente asegurado), este documento es un nombramiento de la representación autorizada y una cesión a Farmacia de mi derecho al seguro médico o beneficios de atención médica (autoasegurado o totalmente asegurado). Los detalles de esta representación autorizada y cesión se establecen a continuación.

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

Además de la cesión de los beneficios médicos, seguro o reembolso del plan, también cedo o traslado a **Farmacia** cualquier reclamación legal, equitativa o administrativa o derecho a interponer una acción que surja en virtud de cualquier plan de salud 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 un resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias, aparatos o medicamentos que reciba de **Farmacia** (incluyendo cualquier derecho a presentar esas reclamaciones legales, administrativas o a interponer una acción.). Esto constituye una cesión expresa y con conocimiento de reclamaciones de deberes de fiduciario o incumplimiento de ¹ y otras reclamaciones administrativas o legales.

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

Rev: 11/2018

BioPlus Specialty Pharmacy 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701
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, Newburg, NY 12550

Con esta cesión y nombramiento de representante autorizado tengo la intención de transferir a **Farmacia** todos mis derechos de reclamar (o colocar un embargo en) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias o medicamentos proporcionados por el proveedor de cuidado de salud nombrado anteriormente, 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 la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar evidencia; (3) hacer declaraciones sobre hechos o la ley; (4) hacer cualquier solicitud que incluye proporcionar 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 cuidado de salud o administrador del plan. **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. Esta cesión es irrevocable y válida para todas las revisiones administrativas y judiciales según la PPACA (legislación de la reforma del cuidado de la 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, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS CLAUSULAS DE ESTE DOCUMENTO

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