

Eugene A. Batelli DPM PC

195 US HWY 46, Suite 12, Totowa, NJ 07512

Phone: (973) 837-8173 Fax: (973) 837-8174

Legal Assignment Of Benefits And Designation Of Authorized Representative

In considering the amount of medical expenses to be incurred, I, the undersigned, have insurance and/or employee health care benefits coverage with the **below stated policyholder's Employer Name**, and hereby assign and convey directly to the above named healthcare provider, as my designated Authorized Representative, all medical benefits and/or insurance reimbursement, if any, otherwise payable to me for services rendered from such provider, regardless of such provider's managed care network participation status. I understand and agree that I am legally responsible for any and all actual total charges expressly authorized by me regardless of any applicable insurance or benefit payments. I hereby authorize the above named provider to release all medical information necessary to process my claims under HIPAA. I hereby authorize any plan administrator or fiduciary, insurer and my attorney to release to such provider any and all plan documents, insurance policy and/or settlement information upon written request from such provider in order to claim such medical benefits, reimbursement or any applicable remedies. I authorize the use of this signature on all my insurance and/or employee health benefits claim submissions.

I hereby convey to the above named provider, to the full extent permissible under the laws, including but not limited to, ERISA §502(a)(1)(B) and §502(a)(3), under any applicable employee group health plan(s), insurance policies or public policies, any benefit claim, liability or tort claim, chose in action, appropriate equitable relief, surcharge remedy or other right I may have to such group health plans, health insurance issuers or tortfeasor insurer(s), with respect to any and all medical expenses legally incurred as a result of the medical services I received from the above named provider, and to the full extent permissible under the laws to claim or lien such medical benefits, settlement, insurance reimbursement and any applicable remedies, including, but are not limited to, (1) obtaining information about the claim to the same extent as the assignor; (2) submitting evidence; (3) making statements about facts or law; (4) making any request, or giving, or receiving any notice about appeal proceedings; and (5) any administrative and judicial actions by such provider to pursue such claim, chose in action or right against any liable party or employee group health plan(s), including, if necessary, bring suit by such provider against any such liable party or employee group health plan in my name with derivative standing but at such provider expenses. Unless revoked, this assignment is valid for all administrative and judicial reviews under PPACA, ERISA, Medicare and applicable federal or state laws. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. I have read and fully understand this agreement.

Signature of Insured Patient / Guardian

Date

Patient Address

Insurance ID

Policyholder's **Employer** Name

Policyholder's **Employer** Address

Eugene A. Batelli DPM PC

195 US HWY 46, Suite 12, Totowa, NJ 07512

Phone: (973) 837-8173 Fax: (973) 837-8174

Asignación Legal de Beneficios y designación del representante autorizado.

En consideración al monto de gastos médicos que se incurría, Yo, el suscrito, tengo cobertura de seguro médico y / o cuidado de la salud del empleador mencionado en **policyholder's Employer Name**, y por la presente asigno y comunico directamente al proveedor de atención médica antes mencionado, como mi designado Representante Autorizado, todos los beneficios médicos y / o el reembolso del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados por dicho proveedor, independientemente del estado de participación en la red de atención de dicho proveedor. Entiendo y acepto que soy legalmente responsable de cualquier y todos los gastos totales expresamente autorizadas por mí, independientemente de cualquier pago de seguro o de beneficios aplicables. Por la presente autorizo el proveedor mencionada arriba para liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos bajo HIPAA. Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, aseguradora y mi abogado para liberar a ese proveedor cualquiera y todos los documentos del plan, la póliza de seguro y / o información de la liquidación a petición por escrito de dicho proveedor con el fin de reclamar tales beneficios médicos, el reembolso o cualquier remedios aplicables. Autorizo el uso de esta firma en todos los beneficios para la salud de mi seguro y / o empleados afirman presentaciones.

Por la presente comunico al proveedor arriba mencionado, con toda la extensión permitida por las leyes, incluyendo, pero no limitado a, ERISA Sección 502 (a) (1) (B) y la Sección 502 (a) (3), bajo cualquier plan de salud de grupo empleado aplicable, pólizas de seguro o políticas públicas, cualquier reclamación reclamo de beneficios, responsabilidad o responsabilidad civil, eligió en acción, compensación equitativa adecuada, remedio de pago o cualquier otro derecho que pueda tener a este tipo de planes de salud de grupo, emisores de seguros de salud o aseguradora (s) autor del daño, con respecto a cualquier y todos los gastos médicos legalmente incurridos como resultado de los servicios médicos que recibí desde el proveedor arriba mencionado (s), y con todo el rigor permitido por las leyes de la reivindicación o tales embargos médica beneficios, liquidación, reembolso del seguro y los remedios aplicables, incluyendo, pero no se limitan a, (1) la obtención de información acerca de la reclamación a la misma medida que el cedente; (2) la presentación de pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o la ley; (4) hacer cualquier solicitud o dar o recibir cualquier aviso sobre procedimientos de recurso; y (5) las acciones administrativas y judiciales por dicho proveedor para perseguir dicha reclamación, eligió en acción o derecho contra cualquier plan de salud grupal parte responsable o empleado (s), incluyendo, en su caso, presentar una demanda por el proveedor en contra de cualquier plan de salud de grupo del partido o empleado responsable en mi nombre con el derivado de pie pero a dicho proveedor gastos. A no ser revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. He leído y entendido este acuerdo.