



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

Assignment of Benefits Form

Financial Responsibility

All professional services rendered are charged to the patient and are due at the time of service, unless the patient has insurance of some type or other self-pay arrangements have been made in advance with our business office. Necessary registration forms will be completed to file for insurance carrier payments.

Assignment of Benefits

I hereby assign all medical and surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled. I hereby authorize and direct my insurance carrier(s), including Medicare, private insurance and any other health, medical, personal injury or works compensation plan to issue payment check(s) directly to *Orthopaedic and Spine Institute, LLC* for medical services rendered to myself and/or my dependents regardless of my insurance benefits, if any. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.

Authorization to Release Information

I hereby authorize *Orthopaedic and Spine Institute, LLC* to: (1) release any information necessary to insurance carriers regarding my illness and treatments; (2) process insurance claims generated in the course of examination or treatment; and (3) allow a photocopy of my signature to be used to process insurance claims for the period of lifetime. This order will remain in effect until revoked by me in writing.

I have requested medical services from *Orthopaedic and Spine Institute, LLC* on behalf of myself and/or my dependents, and understand that by making this request, I become fully financially responsible for any and all charges incurred in the course of the treatment authorized.

I will cooperate to the full extent necessary to permit *Orthopaedic and Spine Institute, LLC* to receive and collect payment(s) from my insurance carrier. If the insurance carrier sends payment directly to me I will sign over and forward this and any future payments received in full to *Orthopaedic and Spine Institute, LLC* for payment of services rendered. Any attempt by me to not cooperate or abscond with these payments will result in collection efforts and/or derogatory reports to my credit report, and may include formal legal suit, the charges of which will be added to the original insurance payment(s) received.

A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

Patient/ Responsible Party Signature

Date

Witness

Date



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

Formulario de Asignación de Beneficios

Responsabilidad financiera

Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y vencen en el momento del servicio, a menos que el paciente tenga algún tipo de seguro u otro tipo de arreglos de pago propio realizado previamente en nuestra oficina comercial. Los formularios de registro necesarios se completarán para presentar los pagos de la compañía de seguros.

Asignación de beneficios

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi (s) aseguradora (s), incluido Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud, médico, lesión personal o compensación laboral para emitir cheques de pago directamente a Orthopaedic and Spine Institute, LLC por servicios médicos prestados a yo y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si corresponde. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

Autorización para revelar información

Por la presente autorizo a Orthopaedic and Spine Institute, LLC a: (1) divulgar cualquier información necesaria a las aseguradoras con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) reclamos de seguro de proceso generados durante el examen o tratamiento; y (3) permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar las reclamaciones de seguro durante el período de vigencia. Esta orden permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.

He solicitado servicios médicos de Orthopaedic and Spine Institute, LLC en nombre de mí y / o mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, me hago totalmente responsable financieramente de todos los cargos incurridos en el transcurso del tratamiento autorizado.

Cooperaré en la medida necesaria para permitir que Orthopaedic and Spine Institute, LLC reciba y cobre los pagos de mi compañía de seguros. Si la compañía de seguros me envía el pago directamente, firmaré y reenviaré este y todos los pagos futuros recibidos en su totalidad a Orthopaedic and Spine Institute, LLC para el pago de los servicios prestados. Cualquier intento por mi parte de no cooperar o fugarse con estos pagos dará como resultado esfuerzos de cobro y / o informes derogatorios a mi informe de crédito, y puede incluir una demanda formal, cuyos cargos se agregarán a los pagos del seguro original recibidos. .

Una fotocopia de esta tarea debe considerarse tan válida como el original.

Firma del paciente / Responsable

Fecha

testigo

Fecha