



Fisioterapia Ortopédica y Deportiva

27725 Santa Margarita Pkwy.  
Suite 210  
Mission Viejo, CA 92691  
949-598-9315  
Proptphysicaltherapy.com

### Formulario de Asignación de Beneficios

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

De identificación: \_\_\_\_\_ De grupo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que los servicios prestados a mí por PRO PT es mi responsabilidad financiera y PRO PT facturará a mi seguro. empresa, \_\_\_\_\_ como  
(Nombre de la compañía de seguros)

cortesía. Autorizo mi seguro compañía pague mis beneficios directamente a PRO PT y entiendo que seré totalmente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta.

Se me ha dado la oportunidad de pagar mi deducible y coseguro estimado al momento de servicio. He elegido asignar los beneficios, sabiendo que el reclamo debe pagarse dentro de todos los estados o pautas federales de pronto pago. Proporcionaré toda la información relevante y precisa para facilitar el pronto pago del reclamo por parte de mi compañía de seguros.

Autorizo a PRO PT a divulgar cualquier información necesaria para adjudicar el reclamo y entiendo que puede haber costos asociados por proporcionar información más allá de lo necesario para la adjudicación de un reclamo limpio.

También entiendo que si mi compañía de seguros me envía el pago, le enviaré el pago a PRO PT dentro de las 48 horas. Acepto que si no envío el pago a PRO PT y ellos se ven obligados a proceder con el proceso de cobranza; Seré responsable de cualquier costo incurrido por el oficina para recuperar su dinero.

También entiendo que en caso de que mi compañía de seguros no pague o se retracte pago de PRO PT por cualquier motivo, soy totalmente responsable de todos y cada uno de los pagos pendientes pendiente. Autorizo a PRO PT a iniciar una queja ante el comisionado de seguros por cualquier motivo en mi nombre y yo personalmente seremos activos en la resolución de reclamaciones por retrasos o reducciones o reducciones injustificadas negaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador de la Póliza

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso delpaciente/tutor