

Assignment of Benefit Agreement

I hereby authorize my insurance company, including Medicare if I am a Medicare Beneficiary, to make payments to Central River Healthcare Group, PLLC for medical or surgical services or items rendered to me or my dependent by Central River Healthcare Group, PLLC. Should my insurance carrier deny Central River Healthcare Group, PLLC payment, I understand that I am financially responsible for the charges. I authorize Central River Healthcare Group, PLLC to release any and all of my records to my insurer, or any other third party payer, legally responsible for the payment of medical expenses. I certify that the information provided or to be provided by me is correct and complete to the best of my knowledge. It is my responsibility to update any and all personal, insurance and health information.

Guardian / Patient Name _____ Date _____

Email Address _____

Asignación de beneficios de acuerdo

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros, incluyendo Medicare si soy un beneficiario de Medicare, para realizar pagos a Central río Healthcare Group, PLLC para servicios médicos o quirúrgicos o elementos prestados a mí o a mis dependientes por Central River Healthcare Group, PLLC. Si mi aseguradora negar Central río Healthcare Group, pago PLLC, entiendo que soy financieramente responsable por los cargos. Yo autorizo a Central River Healthcare Group, PLLC para liberar todo de mis archivos a mi aseguradora, o cualquier otro tercero pagador, legalmente responsable por el pago de gastos médicos. Yo certifico que la información proporcionada o por mí es correcta y completa al mejor de mi conocimiento. Es mi responsabilidad para actualizar cualquier información personal, seguros y salud.

Custodio/Nombre del paciente _____ Fecha _____

Correro Electronico _____