Asignación de beneficios

Por favor firme y regrese a PANTHERx Specialty enviando este formulario por fax al: 855-246-3986
O envíe este formulario por correo a:

Farmacia Especializada PANTHERx
PANTHERx Rare Pharmacy
121 Bayer Road, Building 5
Pittsburgh, PA 15205

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR EL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE Y DEVUELTO A PANTHERx SPECIALTY, LLC.

Por la presente autorizo a PANTHERx® Specialty Pharmacy a facturar a mi compañía de seguros o a cualquier otra fuente de pago por los servicios incurridos por mí mismo o PANTHERx Specialty Pharmacy. Asigno todos los beneficios y autorizo un pago directamente a PANTHERx Specialty Pharmacy para cualquier beneficio que de lo contrario me sea pagado a mi por todas las reclamaciones de dichos servicios proporcionados o enviados antes o después de la fecha proporcionada en este formulario.

Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados y que estoy obligado a pagar todos los cargos que sean negados por mi compañía de seguros. Esta asignación y autorización de ninguna manera me libera de dicha responsabilidad y no impone ninguna obligación a PANTHERx Specialty Pharmacy para recoger dinero en mi nombre.

He leído, entiendo y acepto todo lo anterior.

Esta Asignación de Beneficios será efectiva hasta que yo lo revoque por escrito. Dicha revocación sólo tendrá efectos futuros.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si está firmado por un representante personal (tutor/padre/otro representante legal):

Nombre del Representante: _____

Describa la Relación con el Paciente: _____