



## ASSIGNMENT OF BENEFITS

This Assignment of Benefits allows Pediatrix Medical Group to be paid directly by my health insurance carrier for medical services rendered by its providers. By signing this I assign and transfer to Pediatrix Medical Group all rights, title and interest in all benefits payable for the services rendered, which are provided in any and all insurance policies and health benefit plans from which my dependents or I are entitled to recover.

I hereby designate Pediatrix Medical Group to act as my representative during insurance or plan benefits appeal in the event of a coverage limitation or denial. I understand that Pediatrix Medical Group has the right to decline or accept this designation at the time a limitation or denial is received. The outcome of any appeal is not guaranteed and I understand that I may be responsible for any charges that remain unpaid by the insurance or benefit plan regardless of the outcome of any appeal. I have read this assignment of benefits, and I have signed this document freely and without inducement.

Insurance Policy Holder Name \_\_\_\_\_

Insurance Policy Holder Signature \_\_\_\_\_

Signature Date \_\_\_\_\_

## CESIÓN DE BENEFICIOS

La presente Cesión de Beneficios permite que Pediatrix Medical Group sea pagado directamente por mi asegurador médico por los servicios médicos provistos por sus proveedores. Con mi firma en el presente documento, cedo y transfiero a Pediatrix Medical Group todos los derechos, título e interés en todos los beneficios pagaderos por los servicios provistos, que sean dispuestos en todas y cualesquier pólizas de seguro y planes de beneficios médicos de los cuales mis dependientes o yo tengamos derecho a recuperar.

Por este medio designo a Pediatrix Medical Group para que actúe como mi representante durante apelaciones de seguro o planes de beneficios en caso de una limitación o rechazo de cobertura. Entiendo que Pediatrix Medical Group tiene el derecho de rechazar o aceptar esta designación en el momento del recibo de una limitación o rechazo. No se garantiza el resultado de cualquier apelación y entiendo que podré ser responsable de cualesquier cargos que quedasen sin pagar por el plan de seguro o beneficios, sin importar el resultado de cualquier apelación. He leído la presente cesión de beneficios y he firmado el presente documento voluntariamente y sin aliciente alguno.

Nombre de titular de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

Firma del titular de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_