

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

TEST, ALPHA 01/25/80 #6052



* 813766w23652 A-Consent



Agreement of Financial Responsibility

Proof of coverage and photo ID are required for all patients. We will ask to make a copy of your ID and insurance card for our records. Providing a copy of your insurance card does not confirm that your coverage is effective or that the services rendered will be covered by your insurance company.

It is your responsibility to know your own insurance benefits, including whether we are a contracted provider with your insurance company, your covered benefits and any exclusions in your insurance policy, and any pre-authorization requirements of your insurance company.

We will attempt to confirm your insurance coverage prior to your treatment. It is your responsibility to provide current and accurate insurance information, including any updates or changes in coverage. Should you fail to provide this information, you will be financially responsible.

If we have a contract with your insurance company, we will bill your insurance company first, less any copayment(s), coinsurance or deductible(s) which are payable at time of service, and then bill you for any remaining amount determined to be your responsibility by your insurance company. Any balance you owe that remains unpaid 90 days after you were billed will be transferred to a collection agency for recovery.

I agree to pay my account at the time service is rendered or will make financial arrangements satisfactory to Miami Diabetes and Endocrinology for payment. If my account is sent to collections, I agree to pay collection expenses, court fees and reasonable attorney fees as established by the court. I understand and agree that if my account is delinquent, I may be charged interest at the legal rate. Any benefit of any type under any policy of insurance insuring the patient, or any party liable to the patient, is hereby assigned to Miami Diabetes and Endocrinology. If co-payments and/or deductibles are designated by my insurance company or health plan, I agree to pay them to Miami Diabetes and Endocrinology.

A returned Check Fee of \$25 will be added to your account balance in addition to the amount of the check returned for insufficient funds. This total must be paid by cash or credit card within 14 days.

Non-Covered Services: I understand that Miami Diabetes and Endocrinology contracts with health care plans which specifically state services which are "covered" by the health care plan. Accordingly, the undersigned accepts full financial responsibility for all services, which are determined by the health care service plans not to be covered. I agree to cooperate with Miami Diabetes and Endocrinology to obtain necessary health care service authorizations. I understand that not all services provided are considered medically covered services by my health plan and payment will be due at the time of service. If we do not contract with your insurance company, we will prepare and submit your claim for you on an assigned basis. Please be aware that we are not contractually obligated to accept any adjustments from your insurance carrier. Any amounts determined to be "Patient Responsibility" and not collected at time of service will be billed to you and payment is due upon receipt of statement from our office.

Medicare Patients Only: Miami Diabetes and Endocrinology accepts the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and I am responsible only for any deductible, coinsurance, and non-covered services. Coinsurance and deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier. I understand that if a Medigap policy or other health insurance is indicated in Item 9 of the HCFA 1500 form or elsewhere on other approved claim forms, my signature authorizes release of the information to the insurer or agency shown. I request that payment of authorized secondary insurance benefits be made on my behalf to Miami Diabetes and Endocrinology. If I receive payment, then I am responsible to provide payment and EOB to Miami Diabetes and Endocrinology.

Assignment of Benefits

POWER OF ATTORNEY TO ENDORSE CHECKS AND/OR TO SIGN ANY PAPER WHICH WILL ENHANCE OR EXPEDITE PAYMENT TO PROVIDER FOR SERVICES RENDERED. INCLUDING BUT NOT LIMITED TO A RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND ASSIGNMENT OF BENEFITS/AUTHORIZATION TO PAY.

Known by all these present that: the undersigned has made, constituted and appointed, and by these presents does hereby make,

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

constitute and appoint Miami Diabetes and Endocrinology ("Health Care Provider-") and any of its duly authorized agents and employees as and to be the undersigned's tur and lawful attorney for and in the undersigned's name, place and stead to endorse any and all checks, drafts or money orders which are made payable to the undersigned alone or to the undersigned and Miami Diabetes and Endocrinology which checks, drafts or money orders are made payable for services which have been rendered by Miami Diabetes and Endocrinology at the request of or with the knowledge and approval of the undersigned and/or maker of the check, draft or money order.

This assignment includes, but is not limited to, all rights to collect benefits directly from my insurance company ("Insurer") for services that I have received and all rights to proceed against my insurance company in any action including legal suit of for any reason by insurance company fails to make payments of benefits due to my assignee or me. This assignment also includes any rights to recover attorney's fees and costs for such action brought by the Health Care Provider as my assignee.

The undersigned by these presents gives and grants Miami Diabetes and Endocrinology as attorney the full power and authority to do and perform all and every act whatsoever requisite and necessary to be done in and about the premises as fully to all intents and purposes as the undersigned might or could do to personally present insofar as the endorsing and cashing of said check and concerned as well as any other document.

At any time after Insurer fails to render the applicable payment within thirty (30) days upon receipt of Health Care Provider's medical bills for any date of service, this agreement may be revoked. Health Care Provider's said revocation will be effective on the thirty-first day after Insurer has received Health Care Provider's medical bill(s) that Insurer has denied, withdrawn, reduced, or failed to pay in accordance with Florida Statute 627.736. Said revocation shall include any and all dates of service subsequent to the thirty-first day after Insurer has received Health Care Provider's medical bill(s) that Insurer has denied, withdrawn, reduced, or failed to pay in accordance with Florida Statute 627.736

A photocopy of this document shall be as binding as an original signature page.

The undersigned does hereby ratify and confirm any and all actions taken by the said attorney in accordance with this special power and which the said attorney shall do and cause to be done by virtue of these presents.

I hereby authorize my contracted insurance company, previously identified, to pay and to mail directly to Miami Diabetes and Endocrinology the medical benefits otherwise payable to me for their services. but not to exceed the charges of those services. I hereby irrevocably assign to Miami Diabetes and Endocrinology any benefits under any policy of insurance, indemnity agreement, or any other collateral source as defined in Florida Statues for any services and charges provided by Miami Diabetes and Endocrinology.

Notice of Privacy Practices

I hereby consent to Miami Diabetes and Endocrinology using and disclosing my protected health information (PHI) to carry out treatment, payment and healthcare operations (TPO). I hereby acknowledge that I have the right to review the Practice's Privacy Policy prior to signing this consent, which provided me a more complete description of potential uses and disclosures of my PHI. I am aware that the Practice reserves the right to revise its Privacy Policy at any time. I am also aware that a revised Privacy Policy may be obtained by my forwarding a written request for same to the Practice.

By signing below, I consent to the Practice's use and disclosure of my PHI as specified in the Privacy Policy and this Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information as stated above and including in-person, mailing to my home or other designated location any items that assist the Practice in carrying out TPO. such as appointment reminders, insurance items and any call pertaining to my clinical care. including results and other matters incident to my treatment TPO, I understand that I have the right to request that the Practice restrict how it uses or discloses my PHI to carry out TPO. However, the Practice is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement. I understand that I may revoke my consent in writing, except to the extent that the Practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, I understand that the Practice may decline to provide treatment to me. You may refuse to sign this acknowledgement and authorization. If refusing, we may not be allowed to process your insurance claims.

I acknowledge and agree that I have received a copy of Miami Diabetes and Endocrinology's Privacy Practices.

BY SIGNING BELOW, I AGREE TO THE THESE POLICIES OF THE PRACTICE SET FORTH HEREIN. A copy of this policy is available upon request.

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Se requiere prueba de cobertura e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.

Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros.

Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.

Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, primero facturaremos a su compañía de seguros, menos los copagos, coseguros o

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

deducibles que sean pagaderos en el momento del servicio, y luego le facturaremos a usted por cualquier monto restante que se determine como su responsabilidad por su compañía de seguros. Cualquier saldo que deba que permanezca sin pagar 90 días después de que se le facture será transferido a una agencia de cobro para su recuperación.

Acepto pagar mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Miami Diabetes and Endocrinology para el pago. Si mi cuenta se envía a cobros, acepto pagar los gastos de cobro, los honorarios del tribunal y los honorarios razonables de los abogados según lo establezca el tribunal. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa, se me pueden cobrar intereses a la tasa legal. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier parte responsable ante el paciente, se asigna a Miami Diabetes and Endocrinology. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Miami Diabetes and Endocrinology.

Se agregará un cargo por cheque devuelto de \$25 al saldo de su cuenta además del monto del cheque devuelto por fondos insuficientes. Este total debe pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito dentro de los 14 días.

Servicios no cubiertos: Entiendo que Miami Diabetes and Endocrinology tiene contratos con planes de atención médica que establecen específicamente los servicios que están "cubiertos" por el plan de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta la responsabilidad financiera total por todos los servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. Acepto cooperar con Miami Diabetes and Endocrinology para obtener las autorizaciones de servicios de atención médica necesarias. Entiendo que no todos los servicios proporcionados se consideran servicios médicamente cubiertos por mi plan de salud y que el pago vencerá en el momento del servicio. Si no contratamos a su compañía de seguros, prepararemos y enviaremos su reclamo por usted de forma asignada. Tenga en cuenta que no estamos obligados por contrato a aceptar ningún ajuste de su compañía de seguros. Cualquier monto determinado como "Responsabilidad del paciente" y que no se haya cobrado en el momento del servicio se le facturará a usted y el pago deberá efectuarse al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.

Solo pacientes de Medicare: Miami Diabetes and Endocrinology acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y solo soy responsable de cualquier deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos de la aseguradora de Medicare. Entiendo que si se indica una póliza Medigap u otro seguro de salud en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamación aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a Miami Diabetes and Endocrinology. Si recibo el pago, soy responsable de proporcionar el pago y la EOB a Miami Diabetes and Endocrinology.

Cesión de Beneficios

PODER NOTARIAL PARA ENDOSAR CHEQUES Y/O PARA FIRMAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE MEJORE O ACELERE EL PAGO AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN PARA PAGAR.

Conocido por todos los presentes que: el abajo firmante ha hecho, constituido y nombrado, y por medio de estos presentes hace, constituye y nombra a Miami Diabetes and Endocrinology ("Proveedor de atención médica-) y cualquiera de sus agentes y empleados debidamente autorizados como y para ser el tur del abajo firmante y el abogado legal para y en nombre del abajo firmante, lugar y lugar para endosar todos y cada uno de los cheques, giros o giros postales que se hacen pagaderos al abajo firmante solo o al abajo firmante y Miami Diabetes and Endocrinology que cheques, giros o los giros postales son pagaderos por los servicios prestados por Miami Diabetes and Endocrinology a pedido o con el conocimiento y aprobación del abajo firmante y/o del emisor del cheque, giro o giro postal.

TEsta cesión incluye, entre otros, todos los derechos para cobrar beneficios directamente de mi compañía de seguros ("Aseguradora") por los servicios que he recibido y todos los derechos para proceder contra mi compañía de seguros en cualquier acción, incluida una demanda legal por cualquier motivo. por parte de la compañía de seguros no realiza los pagos de los beneficios adeudados a mi cesionario o a mí. Esta cesión también incluye cualquier derecho a recuperar los honorarios de abogados y los costos de dicha acción presentada por el Proveedor de atención médica como mi cesionario..

El suscrito por estos presentes da y otorga a Miami Diabetes and Endocrinology como abogado el pleno poder y autoridad para hacer y realizar todos y cada uno de los actos que sean necesarios y necesarios para llevarse a cabo en y alrededor de las instalaciones tan plenamente a todos los efectos como el suscrito pueda o pudiera hacer para presentar personalmente en cuanto al endoso y cobro de dicho cheque y de que se trate, así como cualquier otro documento.

En cualquier momento después de que la Aseguradora no realice el pago correspondiente dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de las facturas médicas del Proveedor de atención médica para cualquier fecha de servicio, este acuerdo puede ser revocado. Dicha revocación por parte del Proveedor de Atención Médica entrará en vigencia el trigésimo primer día después de que la Aseguradora haya recibido la(s) factura(s) médica(s) del Proveedor de Atención Médica que la Aseguradora haya negado, retirado, reducido o dejado de pagar de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.736. Dicha revocación incluirá todas y cada una de las fechas de servicio subsiguientes al trigésimo primer día después de que la Aseguradora haya recibido la(s) factura(s) médica(s) del Proveedor de Atención Médica que la Aseguradora haya denegado. retirado. reducido, o no pagó de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.736

Una fotocopia de este documento será tan vinculante como una página de firma original.

El abajo firmante por la presente ratifica y confirma todas y cada una de las acciones tomadas por dicho abogado de acuerdo con este poder especial y que dicho abogado hará y hará que se haga en virtud de estos presentes.

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros contratada, previamente identificada, a pagar y enviar por correo directamente a Miami Diabetes and Endocrinology los beneficios médicos que de otro modo se me pagarían por sus servicios. pero sin exceder los cargos de esos servicios. Por la presente asigno irrevocablemente a Miami Diabetes and Endocrinology cualquier beneficio bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier otra fuente colateral como se define en los Estatutos de Florida para cualquier servicio y cargo proporcionado por Miami Diabetes and Endocrinology.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente doy mi consentimiento para que Miami Diabetes and Endocrinology use y divulgue mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo el tratamiento, operaciones de pago y asistencia sanitaria (TPO). Por la presente reconozco que tengo derecho a revisar la Política de privacidad de la práctica antes de firmar este consentimiento, que me proporcionó una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de mi PHI. Soy consciente de que la Práctica se reserva el derecho de revisar su Política de Privacidad en cualquier momento. También soy consciente de que se puede obtener una Política de Privacidad revisada enviando una solicitud por escrito a la Práctica..

Firmando a continuación. Doy mi consentimiento para que la Práctica use y divulgue mi PHI como se especifica en la Política de privacidad y este Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información de salud protegida como se indicó anteriormente e incluso en persona, envío por correo a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude. la Práctica en la realización de TPO. como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica. incluidos los resultados y otros asuntos relacionados con mi tratamiento TPO, entiendo que tengo derecho a solicitar que la Práctica restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la Práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, entiendo que la práctica puede negarse a brindarme tratamiento. Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Si se niega, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

Reconozco y acepto que he recibido una copia de las Prácticas de privacidad de Miami Diabetes and Endocrinology.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO ESTAS POLÍTICAS DE LA PRÁCTICA ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
Una copia de esta política está disponible a pedido.

Patient's Signature: _____ Patient's Name: **ALPHA TEST** _____

Date: **12/17/2022**