



Assignment of Benefits

I hereby authorize Active Life, Corp to request any medical records/documents pertaining to services Active Life, Corp is providing from any of my medical providers should my insurance or other medical provider require it.

I hereby assign all medical insurance benefits to which I am entitled to Active Life, Corp. I also authorize Active Life, Corp to be my personal representative thereby allowing them to submit any and all appeals when my insurance company denies me benefits to which I am entitled. I also authorize my insurance carriers to issue payment directly to Active Life, Corp for any services furnished to me by Active Life, Corp. I understand I will be responsible for any unmet deductibles, co-payments or co-insurance. I also understand and agree that I am responsible for FULL payment of my medical debt if my insurance company has refused to pay within 90 days of any and all appeals or requests for information. If I do not pay my balance due within 90 days, my account may be turned over to a collection agency.

It is the patient's responsibility to understand the benefits of their insurance plan. Many plans have changed and it is important for you to know what will be covered. Please be advised that a precertification or prior authorization from your health plan is NOT a guarantee of payment. Co-payments are due at the time of delivery along with any outstanding balance from a previous visit and you are responsible for giving us current insurance information and any change of physician.

Asignación de Beneficios

Por lo presente, autorizo a Active Life a solicitar cualquier registro / documento medico relacionado con los servicios que Active Life esta proporcionando a cualquiera de mis proveedores médicos si mi seguro o otro proveedor medico lo requieren.

Por lo presente, asigno todos los beneficios de seguros médicos a los que tengo derecho a Active Life. También autorizo que Active Life sea mi representante personal lo que les permite presentar cualquier y todas las apelaciones cuando mi compañía de seguros niega mí beneficios a los que tengo derecho. También autorizo a mis compañías de seguros para emitir el pago directamente a Active Life por cualquiera de los servicios proporcionados a mí por Active Life. Entiendo que seré responsable de cualquier deducible insatisfechas o copagos. También entiendo y acepto que soy responsable por el pago COMPLETO de mi deuda médica si mi compañía de seguros ha negado pago dentro de los 90 días de cualquier y todas las apelaciones o solicitudes de información. Si yo no pago mi saldo adeudado dentro de los 90 días mi cuenta puede ser entregada a una agencia de cobros.

Es la responsabilidad del paciente comprender los beneficios de su plan de seguro. Muchos planes han cambiado y es importante saber qué será cubierto. Tenga en cuenta que una certificación o autorización de su plan de salud NO ES una garantía de pago. Los copagos son debidos en el momento de la entrega junto con cualquier saldo pendiente de una visita anterior y usted es responsable de darnos la información actual del seguro y cualquier cambio de doctor medico.