



10	Si es así, indique cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente/lesión: (If so, advise how, when, where accident/injury occurred)	¿Se busca asesoría legal? (Is legal counsel being sought?)  _____ Sí (Yes)      _____ No (No)
<p>CESIÓN: por la presente autorizo el pago directamente al hospital, médico o dentista aquí mencionado de los beneficios grupales pagaderos a mí. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta cesión. (ASSIGNMENT: I hereby authorize payment directly to the hospital, physician or dentist herein named of the group benefits payable to me. I understand I am financially responsible for charges not covered by this assignment.)</p> <hr/> <p>Firma del titular de la tarjeta/empleado (Cardholder/Employee Signature) <span style="float: right;">Fecha de la firma (Date Signed)</span></p>		
<p>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: por la presente autorizo a Nova Healthcare Administrators, Inc. o sus representantes autorizados a obtener cualquier información que pueda ser necesaria para determinar los beneficios pagaderos en virtud del plan de beneficios administrado por Nova Healthcare Administrators, Inc. Una fotocopia de esta autorización se considerará válida. (AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize Nova Healthcare Administrators, Inc. or its authorized representatives, to obtain any information which may be necessary to determine benefits payable under the benefit plan administered by Nova Healthcare Administrators, Inc. A photocopy of this authorization will be valid.)</p> <hr/> <p>Firma del paciente (o padre/madre si el paciente es una menor) <span style="float: right;">Fecha de la firma (Date Signed)</span> (Patient's Signature (or parent if the patient is a minor))</p>		
<p>TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS: por la presente certifico que las deudas anteriores son completas y precisas a mi leal saber y entender. Asimismo, acepto reembolsar al patrocinador del plan o a sus representantes en la medida de cualquier sobrepago que supere los montos pagaderos en virtud del plan grupal: (COMPLETE ALL CLAIMS: I hereby certify that the above statements are complete and accurate to the best of my knowledge. I also agree to reimburse the Plan Sponsor or its representatives to the extent of any overpayment in excess of the amounts payable under the group plan)</p> <hr/> <p>Firma del titular de la tarjeta/empleado (Cardholder/Employee Signature) <span style="float: right;">Fecha de la firma (Date Signed)</span></p>		

Complete este formulario y asegúrese de incluir lo siguiente:  
(Please complete this form and be sure to include the following items)

- Factura detallada (Itemized bill)
- Nombre del paciente (Patient name)
- Fecha del servicio (Date of service)
- Diagnóstico (Diagnosis)
- Código de procedimiento (CPT) (Procedure code (CPT))
- Identificación fiscal del proveedor (Provider's Tax ID)

¿Tiene preguntas? Llame al departamento de servicio al cliente de Nova al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.  
(Questions? Please call Nova's Customer Service department using the phone number on your ID card.)