

CESIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS PARA PERSEGUIR ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI SEGURO DE SALUD Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN FIDUCIARIA) Y DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, el abajo firmante (el "Paciente"), que tengo cobertura de beneficios de atención médica a través de un grupo (incluyendo un plan de beneficios autofinanciado y de empleador/empleado), Medicare, Medicaid y/o un plan de atención médica individual (colectivamente, el "Plan"), por medio de la presente designo y asigno como mi representante autorizado, Clear Lake Specialties, PA o cualquiera de sus subsidiarias, incluyendo, pero no limitado a, la ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS A SEGUIR ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI PLAN DE SEGURO DE SALUD Y/O DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y LA DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, yo, el abajo firmante (el "Paciente"), teniendo cobertura de beneficios de salud a través de un grupo (incluyendo un plan de beneficios autofinanciado y un plan de beneficios de empleador/empleado), Medicare, Medicaid y/o un plan de salud individual (colectivamente, el "Plan"), por medio de la presente designo y asigno como mi representante autorizado, Clear Lake Specialties, PA o cualquiera de sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado a: Bay Area Foot and Ankle Specialist PA, Clear Lake Cardiology PLLC, Clear Lake Oncology PLLC, Clear Lake Primary Care PLLC, Clear Lake Podiatry PLLC, Clear Lake Wound Care PLLC, Endocrinology Clinic en Clear Lake Specialties, S&S Foot Specialists PA, Infectious Diseases Clinic en Clear Lake Specialties PLLC, Kidney Hypertension Transplant Clinic de Clear Lake PLL, Mosaic Clinic LLC, Neurology Clinic en Clear Lake Specialties PLLC, South Texas Foot Specialist PA, y Webster Rehabilitation Specialists LLC (colectivamente, el "Grupo") el derecho de perseguir el pago de los beneficios, y tomar todas y cada una de las medidas necesarias, incluyendo la presentación de apelaciones y recursos administrativos, la presentación de la demanda y todas las causas de la acción en su totalidad en mi estado para el pago de beneficios de todos los beneficios médicos al Paciente por servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por el Proveedor bajo el Plan, sin importar el estado de participación en la red de atención administrada del Proveedor. Por medio de la presente, el Paciente designa al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA y/o a las subsidiarias del Proveedor, incluyendo pero no limitándose al grupo, los derechos del Paciente, título, e intereses en y para, y relacionados con la recuperación de, cualquier y todos los beneficios que el Paciente tenga derecho a recibir bajo el Plan o póliza de seguro, y autoriza al Proveedor a divulgar toda la información médica necesaria para perseguir y procesar los beneficios y reclamos del Paciente bajo el

mismo. Certifico que la información de seguro de salud que proporcioné es exacta. Por medio de la presente autorizo al proveedor a presentar reclamaciones, en mi nombre y/o en el de mi dependiente, al plan de beneficios (o a su administrador). Por medio de la presente también instruyo a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que pague directamente al Proveedor por todos los servicios que se me presten a mí o a mis dependientes. En la medida en que mi política actual prohíba el pago directo al proveedor, por medio de la presente instruyo y dirijo a mi plan de beneficios (o a su administrador del plan) para que proporcione la documentación del plan gobernante que declare dicha no asignación a mí mismo y al proveedor cuando lo solicite y su situación ante las leyes vigentes. Al comprobar que no se ha hecho tal asignación, le doy instrucciones a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que me haga el cheque pagadero y lo envíe por correo directamente al proveedor. Yo irrevocablemente designo, autorizo y nombro al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA, sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado al grupo, sus abogados como mi verdadero y legítimo apoderado: (1) divulgar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos de seguro generados en el curso de un examen o tratamiento; hacer cualquier solicitud; presentar o producir evidencia; para presentar y obtener cualquier reclamo, apelación o información de revisión externa; para recibir cualquier notificación en relación con mi reclamo, apelación o revisión externa; totalmente en mi representación. (3) Presentar y participar en cualquier proceso de revisión administrativa o judicial; Obtener información o presentar pruebas con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; y hacer declaraciones sobre los hechos o la ley. (4) actuar como mi representante autorizado en relación con mi solicitud de una revisión externa por parte del Proceso Federal de Revisión Externa del HHS. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud, a presentar o a producir pruebas, a obtener información de revisión externa y a recibir cualquier notificación en relación con mi revisión externa, totalmente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada al representante indicado abajo; (5) otorgarle al proveedor y a sus abogados la facultad de iniciar el pago y presentar una demanda por beneficios y cualquier incumplimiento fiduciario y todas las causas de acción disponibles bajo ERISA y la Sección 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) para iniciar todos los pagos de beneficios necesarios, derechos de apelación, recursos y todas las causas de acción, totalmente en mi representación; (7) perseguir un reclamo de beneficios y recuperar todas las penalidades aplicables por cualquier violación o incumplimiento fiduciario de mi plan, su fiduciario y/o su administrador de reclamos para cumplir con 29 USC § 1132 y (8) permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Este poder notarial se proporciona con el propósito limitado de recibir todos los pagos, derechos y remedios debidos bajo mi Plan o póliza de Salud y Bienestar para incluir todos los beneficios con derecho a todos los servicios prestados y/u ordenados por mi médico

tratante. Este poder notarial permanecerá en efecto hasta que todos los beneficios se paguen en pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables. Por la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi apoderado legal de conformidad con la autoridad otorgada en este documento. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción tomada en base a este nombramiento antes de que se reciba mi notificación escrita de revocación. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado y la opción de revocar este nombramiento, (colectivamente, el "Grupo") el derecho de perseguir el pago de los beneficios, y tomar todas y cada una de las medidas necesarias, incluyendo la interposición de recursos y recursos administrativos, la presentación de demandas y todas las causas de acción en mi estado para el pago de beneficios de todos los beneficios médicos al Paciente por servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por el Proveedor bajo el Plan, sin importar el estado de participación en la red de atención administrada del Proveedor. Por medio de la presente, el Paciente designa al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA y/o a las subsidiarias del Proveedor, incluyendo pero no limitándose al grupo, los derechos del Paciente, título, e intereses en y hacia, y relacionados con la recuperación de, cualquier y todos los beneficios que el Paciente tiene derecho a recibir bajo el Plan o póliza de seguro, y autoriza al Proveedor a divulgar toda la información médica necesaria para perseguir y procesar los beneficios y reclamos del Paciente bajo el mismo. Certifico que la información de seguro de salud que proporcioné es exacta. Por medio de la presente autorizo al proveedor a presentar reclamaciones, en mi nombre y/o en el de mi dependiente, al plan de beneficios (o a su administrador). Por medio de la presente también instruyo a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que pague directamente al Proveedor por todos los servicios que se me presten a mí o a mis dependientes. En la medida en que mi política actual prohíba el pago directo al proveedor, por la presente instruyo y dirijo a mi plan de beneficios (o a su administrador del plan) para que proporcione la documentación del plan gobernante que declare dicha no asignación a mí mismo y al proveedor cuando lo solicite y su situación ante las leyes vigentes. Al comprobar que no se ha hecho tal asignación, le doy instrucciones a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que me haga el cheque pagadero y lo envíe por correo directamente al proveedor. Yo irrevocablemente designo, autorizo y nombro al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA, sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado al grupo, sus abogados como mi verdadero y legítimo apoderado: (1) divulgar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos de seguro generados en el curso de un examen o tratamiento; para hacer cualquier solicitud; presentar o producir pruebas; presentar y obtener cualquier reclamación, apelación o información de revisión externa; recibir

cualquier notificación en relación con mi reclamación, apelación o revisión externa; totalmente en mi representación. (3) Presentar y participar en cualquier proceso de revisión administrativa o judicial; obtener información o presentar pruebas con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; y hacer declaraciones sobre los hechos o la ley. (4) actuar como mi representante autorizado en relación con mi solicitud de una revisión externa por parte del Proceso Federal de Revisión Externa del HHS. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud, a presentar o a producir pruebas, a obtener información de revisión externa y a recibir cualquier notificación en relación con mi revisión externa, totalmente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada al representante indicado abajo; (5) para que el proveedor y sus abogados estén en condiciones de proseguir con el pago y entablar una demanda por beneficios y cualquier incumplimiento fiduciario y todas las causas de acción disponibles bajo ERISA y la Sección 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) perseguir todos los pagos de beneficios necesarios, derechos de apelación, recursos y todas las causas de acción, totalmente en mi representación; (7) perseguir un reclamo de beneficios y recuperar todas las penalidades aplicables por cualquier incumplimiento fiduciario o incumplimiento de mi plan por parte de mi fiduciario, su fiduciario y/o su administrador de reclamos para cumplir con 29 USC § 1132 y (8) permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Este poder notarial se proporciona con el propósito limitado de recibir todos los pagos, derechos y remedios debidos bajo mi Plan o póliza de Salud y Bienestar para incluir todos los beneficios con derecho a todos los servicios prestados y/u ordenados por mi médico tratante. Este poder notarial permanecerá en efecto hasta que todos los beneficios se paguen en pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables. Por medio de la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi apoderado legal de conformidad con la autoridad otorgada en este documento. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción tomada en base a este nombramiento antes de que se reciba mi notificación escrita de revocación. Entiendo que, al firmar esta forma, confirmo mi nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado y la opción de revocar este nombramiento.