



WATCHUNG PEDIATRICS



76 Stirling Road
Suite 201
Warren, NJ 07059
908-755-KIDS (5437)
908-755-6905 (fax)

225 Millburn Avenue
Suite 301
Millburn, NJ 07041
973-376-PEDS (7337)
973-218-6647 (fax)

346 South Avenue
Suite 3
Fanwood, NJ 07023
908-889-TOTS (8687)
908-889-0047 (fax)

Póliza Financiera

La meta de Watchung Pediatrics es para ofrecer y mantener una buena relacion entre el medico y el paciente. Dejando a ustedes saber en adelanto de nuestra Poliza de Oficina, permite una buena comunicacion y ayudar a lograr nuestra meta. Por favor lea esto cuidadosamente y si tiene algunas preguntas por favor no dude en preguntar a cualquier miembro de el personal.

1. Al llegar, por favor firme a la entrada de recepcion y presente su tarjeta de seguro en cada visita. Usted va a ser preguntado que firme la copia de su tarjeta al lado de la fecha. Esto es la verificacion que su seguro esta correcto y da permiso cobrar al seguro en nombre de su hijo(a). SI LA COMPANIA DE SEGURO QUE USTED A DESIGNADO ES INCORRECTO, USTED SERA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA VISITA Y PRESENTARA LOS CARGOS AL PLAN CORRECTA.
2. Si nosotros somos su medico de atencion primaria, asegure que nuestro nombre o numero de telefono aparesca en su tarjeta. Si su compania de seguro no ha sido informado que nosotros somos su medico de atencion primaria desde esta fecha, usted podria ser responsable de la visita.
3. Segun su plan de seguro, usted sera responsable de cualquier y todos los copagos, deducibles y conseguros. Pagos y balances seran collectados antes de la vista.
4. Nosotros no enviamos a planes de seguro secundario. Si usted tiene seguro secundario, nosotros le entregaremos un recibo para que lo envíe y reciba su reembolso. Su seguro secundario le enviara su reembolso directamente a usted. USTED SERA RESPONSABLE POR CUALQUIER BALANCE EN SU CUENTA.
5. Es su responsabilidad que entienda su plan de beneficio. Es su responsabilidad saber si un documento de referencia o autorizacion es requerido para ver un especialista, si autorizacion es requerido antes de un procedimiento y cuales servicios seran cubierto.
6. Si nuestros medicos no participan con su plan de seguro, pago en total sera esperado de usted a la hora de su visita. Para citas hechas en avance, balances previo deberian ser pagados antes de su visita.
7. Si usted no tiene seguro, pago de su visita deberia ser pagado a la hora de su visita.
8. Copagos deberian ser pagados a la hora del servicio. Un pago de proceso de \$10 (**o pago de servicio**) sera cobrado adicionalmente del copago si el copago no es pagado a la hora del servicio o al final del proximo dia.
9. Balances del paciente son facturado inmediatamente al recibir la explicación de beneficios de su plan de seguro. Su giro deberia ser pagado entre 10 dias laborales del recibo de su factura.
10. Si dispociones anteriores no han sido hechos con nuestra Oficina Financiera, cualquier balance pendiente que tenga mas de 28 dias sera cobrado una multa de \$10. Algun balance sobre 60 dias sera dirigido a una agencia de coleccion.



11. Si usted participa con un Plan de Salud de Deductivo Alto, nosotros requerimos una copia de su tarjeta de credito/debito HAS o tarjeta de credito personal para mantener en nuestras copias. Hay adicciones a esta Poliza Financiera, que son firmadas separadamente.
12. Requerimos 24 horas de noticia en avance por citas que son cancelados. Hay un cargo de \$50 por citas de entre semana y \$75 por citas los Sabados si no son cancelados o si 24 horas de noticias no es dado.
13. Un cargo de \$35 sera cobrado por cheques que han sido regresado por insuficientes fondos, mas pagos de banco incurridos.
14. Nosotros cobramos \$1.00 por pagina(hasta \$100), por nino(a) para copiar los registros medicos. Cuando los registros se envian por correo a la nueva oficina del nuevo pediatra hay un cargo de \$25 maximo por nino.
15. Si su hijo(a) tiene formas de escuela, formas de campamento, formas deportivas etc. para completar, hay un cargo de \$10 para cada forma. El pago deberia ser pagado al dejar la forma. Tenemos un tiempo de espera de 3-5 dias por la formas. Si una forma es necesitado antes de los 3 dias, hay un cargo de "prisa" de \$5 adicionalmente.
16. Noticia en avance es necesitado por todas las referencias que no son emergente, tipicamente de 3-5 dias laborales. Es su responsabilidad saber si un especialista seleccionado participa en su plan. Recuerde que su medico de atencion primaria debe aprobar referencias antes de ser expedido.
17. Antes de hacer una cita de fisico anual, cheque con su compania de seguro si su visita va a ser cubrido como una visita de salud. No todos los planes cubren fisicos anuales, exámenes de oido o de los ojos. Es su responsabilidad saber sus beneficios en su plan de seguro. Si no esta cubrido, usted sera responsable por el pago a la hora de su visita.
18. Todos los servicios que nosotros ofrecemos en nuestra oficina no estan cubridos por todos los planes. Cualquier servicio determinado no ser cubrido por su plan sera su responsabilidad.
19. Tenemos recargos adicionalmente por citas Sabados y Domingos, y cualquier cita hecha despues de la 5 de la tarde.
20. Durante el examen fisico, el proveedor puede tener una discusion acerca de los medicamentos que su hijo(a) esta o en el especialista que esta viendo. Si la discusion traduce en un cambio de la medicina, la revision de las prueba del especialista. Su compania de seguro puede pedirle que ser parcial o totalmente responsable de los cargos de la visita.

Yo he leído y entendido la Poliza Financiera de Oficina de encima y estoy de acuerdo a cumplir y aceptar la responsabilidad por cualquier pago que deberia ser pagado como explica el delinea de encima.

Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____

_____ Nombre de Miembro Responsable	_____ Relacion
_____ Firma del Miembro Responsable	_____ Fecha