



DESCARGO, DEBERES Y RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Reconozco que es posible que mi seguro no cubra todos los servicios solicitados por los padres o el médico. Reconozco que mi compañía de seguros puede procesar mis reclamos con deducibles, coseguros y copagos. También reconozco y entiendo que los recién nacidos y los dependientes **deben** agregarse a la póliza de seguro para que estén cubiertos (el período de tiempo para la adición del recién nacido depende de su compañía de seguros).

Si se recibe una denegación de pago de mi compañía de seguros, el cargo será mi responsabilidad. Mi responsabilidad financiera incluye explícitamente los servicios "no cubiertos" que incluyen, pero no limitados a:

- Todas las vacunas
- Pruebas de laboratorio realizadas en el consultorio del médico
- Cargos por visitas fuera del horario de atención, fines de semana y feriados
- Pruebas de la vista
- Pruebas de audición
- Examen físico: visitas solicitadas más allá de las asignaciones del seguro
- Evaluación del desarrollo
- Visitas e inmunizaciones relacionadas con viajes
- Tarifa de preparación de formularios, cartas y registros médicos

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar o apelar un reclamo con mi compañía de seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos a PediatriCare Associates. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

Acepto la responsabilidad financiera por cualquier tratamiento que acepte o solicite, independientemente de la responsabilidad o el reembolso de mi compañía de seguros. Reconozco la responsabilidad financiera por los servicios prestados durante los períodos en los que no reúno los requisitos o no están cubiertos por mi seguro.

Si mi cuenta va a colecciones, soy responsable por todos los cargos incurridos.

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Comprendiendo su plan de seguro

Muchos padres de nuestros pacientes tienen preguntas/inquietudes con respecto a la cobertura de seguro de ciertos servicios. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina participa con muchos planes, y cada plan está suscrito entre el empleador de una persona y la compañía de seguros. **Por lo tanto, no nos es posible saber qué cubre y qué no cubre cada contrato individual.** Los planes de seguro y lo que cubren pueden cambiar de un año a otro y se basan en cada plan individual. No hay dos planes iguales bajo las compañías de seguros.

Los cargos de PediatriCare Associates son habituales/razonables. Lo que le cobramos a la compañía de seguros está en línea con lo que reembolsa. Cuando PediatriCare participa con su plan de seguro, le cobramos al seguro una tarifa habitual. Usted es responsable por lo que el seguro establece como su responsabilidad. Ejemplo: visita: \$120 cargados al seguro. El seguro procesa/permite \$90. PediatriCare ajusta \$30 como acuerdo contractual entre nosotros y su seguro. Los siguientes ejemplos son lo que puede ser su obligación financiera.

Copagos: según lo determine su compañía de seguros/contrato de empleador. Los seguros normalmente aplican copagos al código de la oficina para visitas médicas; también se puede aplicar a los físicos anuales. Según la Ley Nacional de Reforma de la Atención Médica, las aseguradoras no pueden cobrar un copago en el código del consultorio de bienestar, pero pueden aplicarlo a otros servicios prestados durante el curso de un chequeo de bienestar. Los copagos son su responsabilidad de pagar.

Coseguros: según lo determine su compañía de seguros/contrato de empleador. Ejemplo: el seguro otorga \$20 para un servicio, paga \$17,50, usted es responsable de pagar la diferencia de \$2,50.

Deducibles: según lo determine su compañía de seguros/contrato. En virtud de la Ley Nacional de Reforma de la Atención Médica, el seguro puede aplicar ciertos procedimientos de detección/diagnóstico de bienestar al deducible. Ejemplo: su plan tiene un deducible de \$2500 por año. El seguro permite \$156.70 por una visita al consultorio/cuidado sano y se aplica al deducible. Usted es responsable de pagar \$156.70.

Beneficios máximos: según lo determine su compañía de seguros/contrato. Ejemplo: Máximo de \$500 permitido en visitas de bienestar por año. El seguro permite \$750 para los cargos de visitas de bienestar, paga \$500 y aplica \$250 a los beneficios máximos. \$ 250 sería su responsabilidad.

La compañía de seguros acepta cubrir el costo de ciertos beneficios enumerados en su póliza. Estos se denominan "servicios cubiertos". **La cobertura no garantiza el pago total y su compañía de seguros puede exigir el pago parcial adeudado por el titular de la póliza.** Su póliza individual también enumera los tipos de servicios que no están cubiertos por su compañía de seguros.. Usted es responsable de cualquier atención médica no cubierta que reciba. Recuerde que su compañía de seguros, no su proveedor ni el consultorio médico, toma las decisiones sobre lo que se pagará y lo que no. Algunos ejemplos:

Audición	Evaluación de la vista	Análisis de orina	Evaluación del desarrollo
Pulsioximetría	Gardasil	Prueba de gripe	PKU
Timpanograma	Códigos de oficina de emergencia, fines de semana y fuera del horario de atención		

Recolección y manejo de muestras

El enfoque y la preocupación de PediatriCare Associates es la salud y el bienestar de nuestros pacientes. Las pruebas y evaluaciones realizadas durante el curso de la visita de bienestar de su hijo se consideran necesarias para el desarrollo saludable de su hijo.

Reconozco que he leído y reconozco la información anterior.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

PediatriCare Associates
20-20 Fair Lawn Avenue
Fair Lawn, NJ 07410
Phone: (201) 791-4545
Fax: (201) 791-3765

PediatriCare Associates
400 North Franklin Turnpike
Mahwah, NJ 07430
Phone: (201) 529-4545
Fax: (201) 529-1596

PediatriCare Associates
901 Route 23 South
Pompton Plains, NJ 07444
Phone: (973) 831-4545
Fax: (973) 831-1527

PediatriCare Associates
1225 McBride Ave
Woodland Park, NJ 07424
Phone: (973)-256-4545
Fax: (973)-826-8600

PediatriCare Associates
90 Prospect Avenue
Hackensack, NJ 07601
Phone: (201)-342-4001
Fax: (201)-342-9569