



Fecha: _____

286 New Brunswick Ave
Hopelawn, NJ 08861
Phone # 732-910-1312 Fax# 877-423-5835

Gracias por elegirnos como proveedores medicos de su hijo(a). ¡Estamos dedicados a la salud de su hijo(a)!

Por favor presente todas las tarjetas de seguro del paciente y la identificación con foto del padre/tutor en el momento del servicio cada vez, ya que la cobertura del seguro y/o la información pueden variar de una visita a otra.

Por favor, comprenda que el pago de la cuenta de su hijo es necesario para mantener la atención médica de alta calidad que nos esforzamos por proporcionar. Para facilitar la aprobación de la reclamación, todos los pacientes deben completar nuestros formularios de información y seguro según se solicite. Los copagos y los coseguros se deben pagar en el momento del servicio y se cobrarán ANTES DE ser evaluados. Aceptamos formas de pago en efectivo, cheque y tarjeta de crédito.

Si su compañía de seguros no paga el reclamo dentro de 60 días, el saldo es entonces su responsabilidad. En ese momento, si tiene una tarjeta de crédito registrada, se facturará. Si no se paga la deuda pendiente, se interrumpirá la atención del paciente y/o se enviarán reclamaciones a cobranzas. Si tiene alguna pregunta sobre este asunto, por favor hable con nuestro personal de seguros y facturación.

Nombre

Firma

Relacion al paciente

Fecha