

CLIFTON COMPREHENSIVE MEDICAL CENTER

960 Paulison Avenue
Clifton NJ 07011

PÓLIZA FINANCIERA

Para mejor servirle sobre su visita a nuestra oficina, por favor lea y familiarisese con nuestras pólizas financieras. Para evitar malentendidos en el future con las cobros. Si tiene alguna pregunta, por favor no espere llame a nuestra oficina de facturas al numero que aparece arriba.

1. Si usted esta en-red o fuera de la red con nuestros doctores. Si quiere una copia de sus beneficios que nuestra oficina ha verificado, por favor preguntarle a la recepcionista.
2. Si estamos fuera de la red con su seguro, nosotros le proporcionaremos con todos los documentos necesarios para el reembolso de su seguro.
3. Tenemos un cobro por cheques sin fondo de \$30.00.
4. Proporcionaremos una factura detallada de todos los servicios proporcionados.
5. Si tiene dificultad entendiendo su factura, podemos explicarle con detalles, de los cargos durante sus servicios.
6. En el caso que la oficina determine que haiga cualquier pago excesivo le reembolsaremos el balance debido entre 30 días. Por lo tanto, si esta conciente de cualquier pago excesivo, por favor llame a nuestra oficina para hacer esos cambios.
7. Los co-pagos, co-seguros y deducibles debe ser pagado en el momento de la visita.
8. Las formas de pago incluyen: dinero efectivo, cheque y tarjeta de crédito.
9. Cada compañía de seguro tiene contratos diferentes con respecto a los beneficios de Exámenes. Si su aseguransa no cubre todas las pruebas o servicios durante su visita, puede ser responsable de los cargos adicionales.

Nombre de Paciente:	FECHA:
La firma de reconocimiento:	FECHA:

Note: 1,4,5,6 are required by S.B. 1731