

NJPNI RETENCIÓN DEL PACIENTE Y DECLARACIÓN DE POLÍTICA

(NJPNI Patient Retainer and Policy Statement – Spanish Translation)

Reconocimiento de los beneficios del seguro (AOB) - Nombramiento como representante legal autorizado (Assignment of (Insurance) Benefits (AOB) – Appointment as Legal Authorized Representative)

Por la presente cedo todos los beneficios de seguro médico aplicables y todos los derechos y obligaciones que yo y mis dependientes tenemos bajo mi plan de salud al Instituto de Neurociencia Pediátrica de Nueva Jersey (**NJPNI**) (el "Proveedor") y sus bufetes de abogados afiliados (los "Bufetes de abogados"), (en adelante, "Mis representantes autorizados"), y los designo como mi representante autorizado con el poder de:

- ✓ Presentar y procesar reclamos médicos, apelaciones y quejas con el plan de salud.
- ✓ Presentar apelaciones y quejas con el plan de salud.
- ✓ Instituir cualquier litigio y / o quejas necesarias contra mi plan de salud y **nombrarme demandante en tales demandas y acciones si es necesario** (o como tutor del paciente si el paciente es menor de edad)
- ✓ Discutir o divulgar mi información médica personal o la de mis dependientes con terceros, incluido el plan de salud.
- ✓ Usar una fotocopia de mi firma para procesar reclamaciones de seguros

Certifico que la información del seguro médico que le proporcioné al Proveedor es precisa en la fecha que se indica a continuación y que soy responsable de mantenerla actualizada. Esta AOB permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito.

Soy plenamente consciente de que tener seguro médico no me exime de mi responsabilidad de asegurar que mis facturas por servicios profesionales del Proveedor se paguen en su totalidad. También entiendo que soy responsable de todos los montos no cubiertos por mi seguro médico, incluidos los copagos, coseguros y deducibles.

ERISA Autorización (ERISA Authorization)

Por la presente designo, autorizo y transmito a Mis Representantes Autorizados en la medida permitida por la ley y bajo cualquier póliza de seguro aplicable y / o plan de beneficios de atención médica para empleados: (1) el derecho y la capacidad de actuar como mi Representante Autorizado en relación con cualquier reclamo, derecho o causa de acción, incluido un litigio contra mi plan de salud (incluso para nombrarme como demandante en dicha acción) que pueda tener bajo dicha póliza de seguro y / o plan de beneficios; y (2) el derecho y la capacidad de actuar como mi Representante Autorizado para perseguir dicha reclamación, derecho o causa de acción en relación con dicha póliza de seguro y / o plan de beneficios (que incluye, entre otros, el derecho y la capacidad de actuar como mi Representante autorizado con respecto a un plan de beneficios regido por las disposiciones de ERISA según lo dispuesto en 29 CFR §2560.5031 (b) (4) con respecto a cualquier gasto de atención médica incurrido como resultado de los servicios que recibí del Proveedor y, en la medida permitida por la law, para reclamar en mi nombre dichos beneficios, reclamos o reembolsos, y cualquier otro recurso aplicable, incluidas las multas. Autorizo la comunicación con el Proveedor y sus representantes autorizados por correo electrónico y mi dirección de correo electrónico es _____ @ _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Otros Asuntos (Other Matters)

Esta carta también confirmará nuestro entendimiento mutuo de que los bufetes de abogados pueden representar a otros clientes presentes o futuros sobre una base adversa para usted, siempre que no nos haya involucrado en el asunto en el que estamos representando al otro cliente. Usted acepta que no afirmará nuestra representación de usted como base para descalificarnos de representar a otro cliente en cualquier asunto en particular con respecto a usted o cualquier otra parte.

Sin Garantía (No Guarantee)

Debido a la incertidumbre de los procedimientos legales, la interpretación y los cambios en la ley y muchos factores desconocidos, NJPNI y sus abogados no pueden y no garantizan, predicen o garantizan los resultados o el resultado final de ningún asunto. Cualquier expresión nuestra con respecto al resultado potencial de asuntos legales es expresión de nuestro mejor juicio profesional.

131 Madison Ave, 3rd Floor
Morristown, NJ 07960
P: 973-326-9000
F: 973-326-9001



385 Prospect Ave, 2nd Floor
Hackensack, NJ 07601
P: 201-996-9300
F: 973-326-9001

Divulgación fuera de la red / Reconocimiento de responsabilidad del paciente
(Out-of-Network Disclosure/Patient Acknowledgment of Responsibility)

Usted comprende que el Proveedor es un proveedor fuera de la red y que, en consecuencia, usted es responsable de la diferencia entre los cargos y pagos realizados por su plan de salud y cualquier coseguro y deducible requerido por su plan de salud. El Proveedor no puede renunciar a la responsabilidad del paciente. Sin embargo, en consideración por la ejecución de este Acuerdo y por permitirnos litigar contra su plan de salud en su nombre, el Proveedor acepta perseguir cualquier saldo adeudado al plan de salud y no al paciente. Sin embargo, si al final de dicho litigio, queda un saldo adeudado, usted será responsable de ese saldo. Cualquier recuperación de fondos realizada en relación con cualquier litigio o arbitraje que presentemos contra su plan de salud se le pagará al Proveedor y no a usted. Usted acepta específicamente que dicha recuperación se le debe al Proveedor y no a usted. NJPNI siempre intenta abogar por usted, el paciente, y por un reembolso justo. En caso de que sea necesario cobrar cualquier saldo pendiente, usted acepta pagar todos los costos de cobro, gastos legales y honorarios de abogados en relación con el cobro de cualquier paciente pendiente, así como los intereses sobre el saldo pendiente a una tasa de interés anual de 18 %.

HIPAA Aviso de Privacidad (HIPAA Privacy Notice)

Conozco el aviso de privacidad de HIPAA para NJPNI. La carpeta de documentos de HIPAA está en la sala de espera y está disponible para su lectura. HIPAA describe cómo NJPNI intenta garantizar la seguridad de mi información médica protegida. HIPAA también explica mis derechos y las responsabilidades de NJPNI con respecto a mi privacidad. Entiendo que si deseo limitar el acceso a mi información médica protegida, puedo enumerar mis solicitudes a continuación. También entiendo que cualquier pregunta que tenga sobre mi privacidad puede ser respondida por el Administrador de la práctica. Al firmar este formulario de reconocimiento, acepto la política de privacidad de NJPNI HIPAA como se indica aquí y en su plan.

Enumere todas las personas / miembros de la familia con quienes tenemos permiso para comunicarnos con respecto a la información de salud y facturación. También indique si existen restricciones para la divulgación de información.

Nombre/Relación (Name/Relationship): _____ Tel: _____

Nombre/Relación (Name/Relationship): _____ Tel: _____

Nombre de paciente (Patient Name): _____ Fecha (Date): _____

Firma del paciente / padre (Patient/Parent Signature): _____

Testigo (Witness): _____

Nota: Una fotocopia de esta Autorización / Conservación del paciente será tan eficaz y válida como el original.
(Note: A photocopy of this Authorization/Patient Retainer shall be as effective and valid as the original)

131 Madison Ave, 3rd Floor
Morristown, NJ 07960
P: 973-326-9000
F: 973-326-9001



385 Prospect Ave, 2nd Floor
Hackensack, NJ 07601
P: 201-996-9300
F: 973-326-9001

Information de Seguro/Pago (Insurance/Payment Information – Spanish Translation)

¿NJPNI participa con mi seguro?

NJPNI tiene contrato con varios planes de seguro, pero no con todos. Si esto no incluye su póliza de seguro, puede haber otras opciones para sus beneficios y cobertura.

Opciones Fuera de la Red

En algunos casos, es posible que su compañía de seguros no pueda proporcionarle un **neurocirujano pediátrico certificado por la junta** que esté dentro de la red de su plan Y disponible dentro de un determinado radio de su hogar (generalmente entre 30 y 50 millas). Cuando esto sucede, su compañía de seguros puede otorgar **una excepción de brecha fuera de la red**. Si un proveedor dentro de la red certificado por la junta capaz de brindar servicios de neurocirugía pediátrica **no está** disponible dentro de un cierto radio de su hogar, esta excepción puede otorgarse. Este proceso **SÓLO** puede iniciarlo un padre o un proveedor de referencia dentro de la red llamando al número que figura en el reverso de la tarjeta del seguro e indicando que le gustaría obtener una excepción de brecha fuera de la red. Los cirujanos de NJPNI están certificados por la junta en neurocirugía pediátrica. Si su médico lo remite directamente a un neurocirujano pediátrico certificado por la junta, asegúrese de indicárselo a su compañía de seguros para obtener la excepción y consultar al mejor proveedor para su hijo. Las excepciones fuera de la brecha de la red no se aprueban indefinidamente. Si se aprueba una excepción de brecha fuera de la red, la excepción solo es válida por un período de tiempo específico. Se puede solicitar una extensión según sea necesario para la continuidad de la atención, que nuestra oficina procesará por usted. El reclamo de su visita a nuestra oficina se procesará al nivel de la red de gastos elegibles.

Consultas hospitalarias y emergencias

Si fue atendido por uno de nuestros proveedores en una emergencia o en el hospital, nuestra oficina intentará obtener la autorización de su compañía de seguros para la continuidad de la atención. Si se aprueba, el reclamo de sus visitas de seguimiento en nuestra oficina se procesará al nivel de la red de gastos elegibles y, en el momento del servicio, el paciente será responsable de su copago o coseguro habitual. Si su hijo ha sido sometido a una cirugía o la necesita, ciertos procedimientos permiten que las visitas postoperatorias por un período de 90 días estén cubiertas en su totalidad por el costo de la cirugía.

Plan de Pago

NJPNI ofrece una opción de plan de pago a los pacientes que no pueden pagar su visita al consultorio en su totalidad. Consulte a un representante de facturación o de recepción para obtener más detalles.

Pago (Payment)

Indique cómo pagará su visita hoy (marque uno):

TARJETA DE CREDITO (Credit Card)

EFFECTIVO (Cash)

CHEQUE (Check)

PLAN DE PAGO:

(Payment Plan)

(Discutido previamente con el departamento de facturación)

El pago se espera en el momento del servicio. Si por alguna razón no se cobra el pago en el momento del servicio, sin un acuerdo previo con el gerente de facturación, se cargará su tarjeta de crédito registrada. No cobraremos ningún monto por encima de la tarifa cobrada por su visita al consultorio. Se le notificará de este cargo con un recibo por correo. Si acepta esta autorización, firme a continuación y devuelva este formulario a la recepcionista.

Nombre de paciente (Patient's Name): _____

Firma del Tutor (Guardian Signature): _____

Fecha (Date): ____/____/____

Código Postal de Facturación (Billing Zip Code): _____

131 Madison Ave, 3rd Floor
Morristown, NJ 07960
P: 973-326-9000
F: 973-326-9001



385 Prospect Ave, 2nd Floor
Hackensack, NJ 07601
P: 201-996-9300
F: 973-326-9001

Formulario de autorización del paciente para apelar la decisión del reclamo del Seguro

(Patient Authorization Form to Appeal Insurance Claim Decisions – Spanish Translation)

Fecha de Hoy (Today's Date): _____

Nombre de Paciente/Miembro (Patient/Member Name): _____

Número de identificación del seguro del paciente (Patient Insurance ID#): _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (Patient DOB): _____

Por la presente autorizo al NJ Pediatric Neuroscience Institute, LLC a apelar cualquier reclamo de seguro con _____ (Nombre de la compañía de seguros) en mi nombre, como mi Representante Designado. Como parte de la apelación, por la presente autorizo a mi proveedor a comunicarse con NJ Pediatric Neuroscience Institute, LLC en todos los aspectos de la apelación. Entiendo que estas comunicaciones pueden contener lo siguiente, toda la información médica y financiera sobre mi tratamiento relacionado con mi examen.

Entiendo que esta información es privilegiada y confidencial y solo se divulgará según se especifica en la autorización, o según lo requiera o permita la ley. Esta autorización es válida por un período de un año.

Firma del Miembro o Tutor Legal (Signature of Member of Legal Guardian)

Firma del Testigo (Signature of Witness)

Nombre del Testigo (Name of Witness)

Título (Title)

131 Madison Ave, 3rd Floor
Morristown, NJ 07960
P: 973-326-9000
F: 973-326-9001



385 Prospect Ave, 2nd Floor
Hackensack, NJ 07601
P: 201-996-9300
F: 973-326-9001