



NCMC Office
21216 Northwest Fwy, Ste. 470
Cypress, TX 77429
Tel: 281-469-2838
Fax: 281-469-9314

Cypress Skinner Office
13611 Skinner Rd, Ste 145
Cypress, TX 77429
Tel: 281-304-7337
Fax: 281-469-9314

Cypress Springs Office
7626 Fry Road, Ste 500, Cypress,
TX 77433
Tel: 281-469-3305
Fax: 281-469-9314

Katy Office
22762 Westheimer Pkwy., Ste. 560,
Katy, TX 77450
Tel: 281-921-0590
Fax: 281-469-9314

Fulshear Office
11605 S Fry Rd., Ste. 108
Fulshear, TX 77441
Tel: 281-469-4340
Fax: 281-239-2104

Polizas de Nombramientos y Coordinacion de Beneficios de Medicaid/CHIP para Pacientes

Como participante en el programa Medicaid o CHIP de Texas, usted es responsable de cumplir con las pautas especificas establecidas por su plan de salud y STEEPLCHASE PEDIATRIC CENTER. Entre todas las demas responsabilidades de los miembros, queremos prestar especial atencion a las siguientes responsabilidades:

Es nuestra meta proporcionar servicio oportuno y conveniente. Esperamos la misma cortesia de nuestros pacientes. Si no puede llegar a su cita, pongase en contacto con nosotros dentro de 24 horas para cancelar o volver a programar su cita. Si usted sabe que llegara por lo menos 15 minutos tarde a su cita, por favor llamenos y haganoslo saber. Esto nos permitira ver a los pacientes lo mas oportuno posible.

Medicaid/CHIP es considerado el pagador de ultimo recurso, es decir, si su hijo esta mostrando activo en otra poliza de seguro de salud, Medicaid/CHIP no pagara ninguna reclamacion medica primero. Al proporcionar a nuestra oficina con cualquier seguro de salud primario de su hijo se asegura que todas las reclamaciones medicas seran procesadas y pagadas por el ordenante adecuado de manera oportuna.

Como se indica en las pautas de responsabilidades de los miembros de Medicaid/CHIP, el incumplimiento de la programacion de citas y el suministro de toda la informacion sobre el seguro podrian resultar en la posible expulsion de su hijo de nuestro panel de proveedores y de la oficina. Tendremos que reportar problemas de incumplimiento a su plan de Medicaid/CHIP, lo cual podria poner en peligro la elegibilidad y los beneficios de su hijo.

He leido y entiendo las polizas para citas y coordinacion de beneficios.

Firma de padres/Guardian

Relacion al paciente

Fecha

Nombre del paciente(s)

Fecha de Nacimiento
