

Newport Children Medical Group at Mission

26800 Crown Valley Pkwy Suite 510

Mission Viejo, CA 92691

(949) 336-8700

Fax (949) 365-1011

www.newportchildrenatmission.com

After hours Acknowledgement

Confirmacion de Recibo Poliza de horas de servicio despues de horario regular

Patient Name/Nombre de Paciente: _____

DOB/Fecha de Nacimiento: _____

I understand that Newport Children Medical Group at Mission is providing a convenience service to me by offering extended after hour coverage at the Newport Beach Office for my sick child. I have been made aware the after-hours appointment times are:

I have been told that NCMG will bill my insurance company the \$50.00 after hour service fee, and I am aware that there is a possibility that my insurance company may not cover the charge. Therefore, I assume full responsibility for all after hour charges.

If you have any questions, please feel free to talk to anyone of the office staff. We will be more than happy to assist you.

Weekdays: 5:00pm- 7:00pm

Saturday: 9:00pm- 4:30pm

Sunday: 9:00pm- 4:30pm

Entiendo que Newport Children Medical Group at Mission me está proporcionando un servicio de conveniencia al ofrecer cobertura extendida después de hora en la Oficina de Newport Beach para mi hijo enfermo. Me han informado de que las horas de cita después de la hora son:

Me han dicho que NCMG facturará a mi compañía de seguros la tarifa de servicio de \$50.00 después de la hora, y soy consciente de que existe la posibilidad de que mi compañía de seguros no cubra el cargo. Por lo tanto, asumo toda la responsabilidad de todos los cargos de después de la hora.

Si tiene alguna pregunta, no dude en hablar con cualquier persona del personal de la oficina. Estaremos encantados de ayudarle.

Parent Signature/ Firma de padres: _____

Parent Name/Nombre de padres: _____

Date/ Fecha: _____