



Formulario de Acuerdo del Cliente

Yo autorizo a New England Neurological Associates, P.C. (NENA) a facturar mi compañía de seguro en mi nombre. Todo pago hecho a NENA será acreditado directamente a mi cuenta. Autorizo la divulgación de mis registros médicos si es necesario para procesar los reclamos del seguro o para satisfacer los requerimientos del plan de seguro / pagador del reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance no cubierto por mi seguro, incluyendo copagos, deducibles, servicios no cubiertos, y gastos de bolsillo, y estoy de acuerdo en pagar cualquier balance puntualmente. Entiendo que soy responsable de actualizar NENA con cualquier cambio demográfico y/o información del seguro. Autorizo a NENA a enviarme mensajes de texto con recordatorios de mi estado de cuenta al número de teléfono celular proporcionado.

Entiendo que mi proveedor de telefonía celular puede aplicar cargos a mi cuenta por los mensajes de texto.

REFERIDOS: Es la responsabilidad del paciente obtener referidos del seguro a través de su doctor de cabecera. (Si usted es un paciente de compensación laboral, favor de estar seguro de obtener una autorización antes de vernos. También necesitamos su Información de Accidentes de Auto o Acción legal). **Esto debe de hacerse antes de su visita.**

CO-PAGOS: Los co-pagos son un acuerdo de contrato entre usted y su compañía de seguro. **Los co-pagos deben pagarse en el momento de su visita.** (Los casos de accidentes de auto donde el PIP se haya agotado y su seguro de salud este siendo facturado, también deben de pagar sus co-pagos). Habrá una cuota de **\$10.00** por servicio si tenemos que enviarle la facture. También, todo saldo adeudado requiere pagarse en el momento de su visita.

BALANCE EN LA CUENTA: El saldo de la cuenta se debe **en totalidad** en **30** días desde que el servicio haya sido prestado. Nos puede visitar en nuestro sitio de la red: www.neneuro.com o a través del Portal del Paciente. Si es necesario un Plan de Pago, debe de discutirse con nuestro representante de Servicio al Cliente o llamando a nuestra oficina de facturación.

CHEQUES DEVUELTOS: Habrá una cuota de **\$20.00** por proceso de cheques devueltos.

CANCELACION DE CITAS/NO ASISTIR A SU CITA: Si usted no puede asistir a su cita, debe de notificar nuestra oficina 24 horas antes de su cita. Como su compañía de seguro no paga por citas perdidas, NENA le facturara a usted una cuota de **\$25.00**

CARGOS POR REGISTROS MEDICOS: NENA incurre en gastos en el proceso y copia de sus registros médicos. Hay una cuota de **\$6.50** por petición. Este cargo debe ser pre-pagado y una autorización apropiada debe de ser firmada. El representante de los registros médicos le llamara cuando sus registros estén listos para recoger en la recepción. NENA no enviara los registros por correo.



TERMINACION DE FORMULARIOS EN NOMBRE DEL PACIENTE: A menos que sea específicamente prohibido por la agencia en cuestión, los pacientes que requieren que uno de los doctores de NENA complete un formulario con referencia a seguro, discapacidad, regreso al trabajo, u otra razón, habrá una cuota de **\$10.00** pagaderos en el momento de la solicitud.

Firma del Paciente: _____

Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Doctor's Office Building
21 Highland Ave, Suite A
Newburyport, MA 01950

Medical Arts Building West
168 Kinsley Street, Suite 1
Nashua, NH 03061

neneuro.com  
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Chelmsford
25 Fletcher Street
Chelmsford, MA 01824

Westford Commons
234 Littleton Road, Suite D
Westford, MA 01886

Phone for all locations:
(978) 687-2321
(603) 882-2114

Fax for all locations:
(978) 722-7289