



Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843
(978) 687-2321
Protected Health Information Fax: (978) 722-7287
www.neneuro.com

Division of Neurological Surgery
Howard M. Gardner, M.D., F.A.C.S.
Founder
Peter J. Grillo, M.D., F.A.C.S.
Medical Director
Bruce R. Cook, M.D., F.A.C.S.
Henry Y. Ty, M.D., F.A.C.S.
K. Sadashiva Karanth, M.D., F.R.C.S.
Robert A. Miller, M.D.
Ethan J. Dionne, PA-C
Robert LaPierre, PA-C

Division of Neurology
Jonathan S. Moray, M.D.

Neurology/Epileptology
Arya Farahmand, M.D.
Lanny Y. Xue, M.D., Ph.D.

Neurology/Neuromuscular Disorders
Min Zhu, M.D., Ph.D.

Neurology/Movement Disorders
Shabbir A. Abbasi, M.D. MRCP (UK)

Neurology/Neuro-Oncology
Vladan P. Milosavljevic, M.D.

Neurology/Vascular Neurology
Andreas P. Schoeck, M.D.

Division of Pediatric Neurology
Neurology/Clinical Neurophysiology
Myrta I. Otero, M.D.

Division of Rheumatology
Maosong Qi, M.D., Ph.D.

Division of Physical Medicine & Rehabilitation
Physiatry
Elizardo P. Carandang, M.D.
Scott R. Masterson, M.D. CIME
Thomas P. Cody, M.D.
Paul M. Schoonman, D.C.

Division of Pain Medicine
Anesthesiology
Jeffrey A. Norton, M.D.
Michael C. Connelly, M.D.
Richard R. Riccardi, M.D.
Karine N. Ngoie, PA-C

Division of Neuro-Behavioral Medicine

Psychiatry
Marc M. Sadowsky, M.D.

Psychology
Robert A. Moverman, Ph.D.

Administration
Robert L. Wasserman, CEO

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Solicito que el pago del seguro autorizado o de los beneficios de Medicare se realice en mi nombre a New England Neurological Associates, P.C. para el servicio que me brindó New England Neurological Associates, P.C. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a la compañía de seguros oa CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y sus agentes la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que si se indica una política de MediGap u otro seguro de salud en el formulario de reclamo, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a New England Neurological Associates, P.C.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados de Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la compañía de seguros de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del transportista de Medicare.

Esta tarea permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta tarea debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todo, ya sea que esté o no pagado por dicho seguro.

Firma del paciente / tutor legal _____

Fecha _____

Serving New England Since 1969

10 George Street, Suite 300
Lowell, MA 01852

One Parkway
Haverhill, MA 01830

Doctors' Office Building
21 Highland Avenue
Newburyport, MA 01950

Medical Arts Building
168 Kinsley Street
Nashua, NH 03061

198 Littleton Road
Suite 203
Westford, MA 01886