

PERMISO PARA FACTURAR Y TRATAR

Yo doy permiso a para

1. Yo le permit a New England Neurological Associates, P. C. solicitar beneficios de seguros para el pago por el cuidado

Entiendo que:

New England Neurological Associates tendra que enviar la informacion de mis registros medicos a mi compañía de seguro

Debo pagar a mí porcion de los costos.

Debo pagar por los costos de estos servicios si mi seguro no los paga o si no tengo seguro.

2. Entiendo que:

Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o trataminto



Tengo el derecho de discutir todos los tratamientos medicos con los medicos.

Firma del paciente/Guardian Legal: _____

Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Gateway Center
10 George Street, Suite 300
Lowell, MA 01852

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

neneuro.com  
**354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843**

Doctor's Office Building
21 Highland Ave, Suite 12
Newburyport, MA 01950

**Northeast Rehabilitation
Hospital Outpatient Dept.**
70 Butler Street
Salem, NH 03079

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

Phone for all locations:
(978) 687-2321
Fax for all locations:
(978) 722-7289