



Permiso Para Facturar y Tratar

Yo doy permiso para facturar y tratar.

1. Yo le permito a New England Neurological Associate, P.C. solicitar beneficios de seguro para el pago por el cuidado que recibo.

Entiendo que:

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

Debo pagar mi 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 tratamiento.


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

Firma del Paciente/Guardian Legal: _____

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