



MEDICARE

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Números de teléfonos: Casa: _____ Empleo: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Estado civil: Soltero/ Casado/ Viudo/ Otro Estado de Empleo: Tiempo completo/ Medio tiempo/ Retirado

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de Empleo: _____

Referido por Dr: _____ Próxima visita con doctor: _____

¿Ha recibido terapia física o del habla en otro lugar en 2014? Sí ____ No ____

¿Si? ¿Dónde y por cuánto tiempo? _____

¿Esta lesión está cubierta por su seguro de auto, seguro del patrón, o caso legal? Sí ____ No ____

¿A Quién podemos notificar en caso de emergencia? _____ Teléfono: _____

.....

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL PORTADOR DE SEGURO:

PORTADOR DE SEGURO: _____

NOMBRE DE ASEGURADO(S): _____

NUMERO DE PÓLIZA: _____

.....

- Acepto al tratamiento de terapia física proporcionado, a mí por Miami Physical Therapy Associates Inc., según lo prescrito por mi doctor.
- Entiendo y acepto que soy personalmente responsable por todos los costos de los servicios rendidos por Miami Physical Therapy Associates, Inc. a mí o mis dependientes sin importar lo que cubre mi seguro.
- Autorizo la remisión de cualquier información médica necesaria para procesar esta demanda.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

PARA NUESTROS PACIENTES DE MEDICARE:

ENERO 2014

Miami Physical Therapy es un proveedor participante del programa Medicare, Parte B. Aceptamos los honorarios de Medicare Parte B como pago de nuestros servicios. Aproximadamente 30 días después de presentar nuestro cobro, la First Coast/Medicare nos reembolsará directamente por el 80% de sus honorarios. Usted es responsable por el otro 20%, más su deducible de \$147.00 del año 2014 si no tiene un seguro secundario. De ninguna manera renunciamos a su deducible o co-pago, lo cual es considerado por el gobierno federal como un acto de fraude.

Para que Medicare pague sus tratamientos, usted debe cumplir los siguientes criterios:

1. Usted DEBE recibir una prescripción nueva una vez reexaminado por su doctor cada 30 días. Es su responsabilidad a ser físicamente reexaminado por su médico cada 30 días. Si usted no recibe estos exámenes, la Medicare negará el pago para aquellas visitas después del día 31 y usted debe pagar todos los honorarios de visitas.
2. Usted no debe de tener ningún servicio de asistencia médica en casa para poder recibir la terapia física de consulta externa. Medicare no pagará por servicios de en casa cuidado de consulta externa al mismo tiempo.
3. Si usted inició la terapia física con una prescripción afuera del estado, debe presentar a esta oficina una prescripción de un doctor con licencia; dentro de los primeros 21 días de su primera visita, para cumplir con las leyes de Florida.

Los beneficios del programa Parte B han cambiado. Específicamente hay un límite de \$1900 para terapia física de consulta externa de toda clase por un año. Esto traduce a aproximadamente 15 visitas en Miami Physical Therapy Associates, Inc.

Si su condición requiere cuidados más allá de \$1900, con gusto le ofreceremos los mismos honorarios de Medicare, para que usted pueda seguir su tratamiento en nuestra clínica.

Acepto que he leído esta póliza, y entiendo que soy responsable de mis co-pagos de 20%, cualquier deducible no cumplido, y de notificar a Miami Physical Therapy Associates, Inc., si no he cumplido con los criterios mencionados arriba.

Asignatura del Paciente

Fecha

Realmente apreciamos la oportunidad de ayudarle con sus necesidades de terapia física.

Pacientes de Medicare

¿Ha recibido usted servicios médicos a domicilio durante los últimos 60 días?
Ejemplos: Cuidados de heridas o ulcera, cuidados diabéticos, etc.

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, ultima fecha de servicio: _____

Nombre de la Agencia: _____

Numero de teléfono de la agencia: _____

Yo autorizo a mi agencia de servicios médicos a domicilio a compartir una copia de mi reporte de alta y de la documentación de alta de tratamiento que fue enviada a medicare con Miami Physical Therapy Associates, Inc.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

For Office Use Only

- Called Home Health Agency to Confirm Discharge Date
- Spoke to _____ at _____
Name Time
- Patient discharged _____
Date
- Patient will be discharged
- Confirmed with First Coast

Date:

Name:

Reference Number: