



BENEFICIOS: Es una cortesía para la terapia de acción física para obtener beneficios de su seguro y para facturar si somos un proveedor preferido con su plan, sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de que sus beneficios estén al día y activo. Si no somos un proveedor con su plan o si usted no tiene seguro, podemos arreglar un plan de pagos para ayudarle en el pago de su factura.

CO-PAGOS: Si su plan de seguro tiene un co-pago, es necesario que usted lo paga en cada visita. Si su plan tiene un co-seguro que se debe, vamos a esperar que el porcentaje a pagar en cada visita y se basará en una estimación de los servicios prestados. Si existe un saldo adeudado a usted después de que usted haya hecho su copago o coseguro, le enviaremos una factura por el saldo.

MEDICARE: Somos un proveedor de Medicare Parte B y aceptará la cesión de beneficios. Usted será responsable de la parte que Medicare no cubre. Como cortesía, le cuenta a su seguro secundario una vez que Medicare haya pagado.

Cancelaciones: 24 horas de anticipación cuando se solicite la cancelación de su cita. Asimismo, el no llegar a tiempo a su cita puede resultar en una modificación de su terapia. **Si no se realiza la cita sin previo aviso de 24 horas puede estar sujeto a un cargo por cancelación de \$ 25.00.** Se espera que el trabajo de los pacientes Comp llegar a tiempo a cada visita. El hecho de no hacerlo puede resultar en la descarga de terapia de Acción Física y puede afectar sus beneficios de compensación de trabajo.

DESCARGAS: Nuestra oficina tiene el derecho de despedir a cualquier paciente en cualquier momento por el incumplimiento de su programa de tratamiento. Cualquier paciente que no se ha programado una cita dentro de dos semanas de la última cita puede ser dado de alta de la terapia física a menos que los acuerdos anteriores se han hecho con el terapeuta.

TABLA DE REVISIÓN: El gráfico puede ser revisado por una agencia de licencias médicas o autoridad legal para verificar que estamos cumpliendo con las leyes y reglamentos se rigen por la Junta PT de California.

Su comprensión de estas políticas nos ayudará a proporcionar servicios rápidos y eficientes para usted y para todos nuestros pacientes. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, por favor hable con uno de nuestros miembros del personal, ya que estamos aquí para ayudarle.

ENTIENDO Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO QUE SE HECHA A MÍ EN TERAPIA FISICA ACCION QUE SE HA PRESCRIPED por mi médico.

FIRMA: _____ FECHA: _____