

LAKE RIDGE PHYSICAL THERAPY, LLC

(D.B.A. Fusion Physical Therapy)

2018 CAP DE MEDICARE

Paciente: _____

Fecha: _____

A partir del 1 de enero de 2018, se colocó una limitación financiera (límite de terapia) en los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios recibidos por los beneficiarios de Medicare. La terapia física para pacientes ambulatorios y la patología del habla y el lenguaje para pacientes ambulatorios tiene un límite anual combinado para 2018 de \$ 2010.

Certifico que conozco la terapia Medicare Cap de \$ 2010 para el año calendario 2018. Entiendo que soy responsable de los montos no cubiertos por mi seguro. Si su compañía de seguros (primaria o secundaria) niega cualquier parte de su reclamo, o si usted o su médico optan por continuar la terapia más allá de su período de tiempo aprobado o limitación financiera (límite de terapia de \$ 1980), usted será responsable del saldo de su cuenta en su totalidad .

He tenido _____ **varias terapias físicas ambulatorias** (en consulta privada, consultorios médicos, centros de enfermería especializada Parte B para pacientes ambulatorios o residentes que no están en partes certificadas por Medicare de las instalaciones, centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios o departamentos de pacientes ambulatorios) y visitas de terapia del habla durante el año calendario 2018.

Medicare no cubre la terapia física para pacientes ambulatorios si actualmente recibe servicios de atención médica a domicilio. ¿Recibe actualmente algún servicio de salud en el hogar? **SI** **NO**

Si recibió servicios anteriormente, ¿cuál era el nombre de la agencia de salud en el hogar? _____

¿Cuál fue su fecha de alta? _____

Firma del paciente

Fecha

Nombre impreso