

# LAKE RIDGE PHYSICAL THERAPY, LLC

(D.B.A. Fusion Physical Therapy)

---

## TERAPIA DE MEDICARE PARA EL UMBRAL 2019

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

A partir del 1 de enero de 2019, se colocó una limitación financiera (límite de terapia) en los servicios de rehabilitación ambulatoria recibidos por los beneficiarios de Medicare. La terapia física para pacientes ambulatorios y la patología de hablar y el lenguaje para pacientes ambulatorios tiene un límite anual combinado para 2019 de \$2040.

Se puede hacer una excepción al límite de terapia cuando la condición del paciente esté justificada por la documentación que indica que el beneficiario requirió terapia especializada continua para lograr su estado funcional previo o estado funcional máximo esperado dentro de un período de tiempo razonable. Los proveedores pueden utilizar el proceso automático de excepción para cualquier diagnóstico para el cual puedan justificar servicios que excedan el límite.

\*\*\*\*\*

Certifico que soy consciente del límite de terapia de Medicare de \$2040 para el año calendario 2019. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no esté cubierto 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 después de su período de tiempo aprobado o limitación financiera (\$2040 límite de terapia), usted será responsable del saldo total de su cuenta.

He tenido \_\_\_\_\_ **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 2019.

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?

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue dado de alta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso