

# Bienvenido a Rye Physical Therapy and Rehabilitation!

Nuestro equipo de fisioterapeutas de experiencia esta aquí para proporcionarle alivio, en el cuidado de la innovación para restaurar y/o lograr los movimientos para aliviar el dolor. Creemos que el éxito de nuestro tratamiento es una asociación con usted nuestro paciente, y con su Doctor. Es importante para nosotros que usted entienda acerca de cómo nuestras funciones de oficina trabajan, saber acerca de los requisitos del estado y el seguro medico para que su tratamiento avance y no sea interrumpido y usted logre los mejores resultados posibles.

**Nuestros horarios de oficina y sus citas:** Nuestros horarios de oficina son de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados de 7:00 a.m. a 11:00 p.m. Las sesiones son solo por citas. Las sesiones de los sábados son rotadas entre los fisioterapeutas. Las citas deben ser planificadas por lo menos con una semana de anticipación para asegurar el día y horario más conveniente para usted. Si usted se siente más cómodo con un terapeuta en particular, por favor permita que nuestro personal administrativo sepa y ellos tratarán de planificar sus citas acordadamente. Sin embargo, entienda que nuestros terapeutas trabajan en grupo y tienen conocimientos acerca de cada caso de los pacientes y, están total mente capacitados para ayudarle a lograr las metas de su rehabilitación.

Hacemos cada esfuerzo de ver a nuestros pacientes a tiempo y respetamos sus horarios. Por lo tanto, nosotros solicitamos lo mismo de ellos. Les agradeceríamos que usted llegué 5-10 minutos antes de su cita. **Por favor regístrese en la recepción y luego tome asiento en la sala de espera hasta que usted sea llamado por su terapeuta o el personal de oficina.** Para deber de respetar la privacidad de los demás pacientes le pedimos que usted no entre en el área de tratamiento, en cualquier circunstancia. Si su cita es antes de las 8:00 a.m. por favor tome un asiento en la sala de espera donde un terapeuta lo pueda ver. Si usted va a llegar tarde a su cita, por favor llame para ver si el terapeuta puede acomodarlo o si usted necesita re-planificar su cita. Si usted llega diez (10) minutos o mas tarde de su cita, reservamos el derecho de anular aquella cita y renegociar para otro tiempo.

**Cancelaciones de citas:** Requerimos por lo menos 24 horas de aviso para cancelaciones de citas. Si usted llama y nuestra oficina y esta cerrada por favor deje un mensaje en la maquina contestadora. Si usted no se presenta para una cita prevista, habrá un cobro de honorarios de \$50.00 directamente a usted que el seguro medico no le reembolsara (el seguro medico no paga los \$50.00, por la cita). Dos citas "de ausencia" consecutivas causaran la cancelación de las futuras citas, hasta que usted regrese a su medico.

**Requisitos del estado y del seguro medico para terapia física:** Nosotros tratamos de estar al día con lo que su plan de seguro ofrece para la terapia física, también es su responsabilidad estar al tanto de su plan de seguro. Usted tiene que estar al tanto con que frecuencia se requiere una nueva receta de su medico para continuar la terapia, aun que se requiera o no autorización de su seguro medico.

El estado de Nueva York requiere que usted nos provea una receta médica para que usted reciba terapia física. La mayor parte de las recetas médicas cubren servicios de su primera cita inicial al tiempo indicado en la receta. Si la receta no aclara el margen de tiempo es valida por cuatro (4) semanas a partir de su primera cita inicial.

**Pacientes con Medicare:** Si usted esta cubierto bajo Medicare es la ley federal que usted vea a su medico cada cuatro (4) semanas para continuar con la terapia física, si usted deja de hacerlo usted no podrá continuar con su terapia. Además, si el progreso de recuperación no es hecho sobre el curso de un mes, Medicare considerara el cuidado como "mantenimiento" y no cubrirá el costo del cuidado. Si, entonces usted desea seguir con la terapia, usted tendrá que pagar lo que el seguro paga de su bolsillo. Puede hablar de algunas otras preguntas sobre este tema con su terapéutico.

**Pagos:** Requerimos que todos los pagos sean hechos el mismo día del servicio. Aceptamos dinero en efectivo, visa, mastercard, American Express, Discover card y cheques como forma de pago. Usted también puede pagar por citas al por mayor (Por semana). En caso de que su cheque sea rebotado por insuficientes fondos, se le cobrara un monte de \$35.00.

**Rye Physical Therapy & Rehabilitation..... Manos de Experiencia:** La terapia física es una profesión práctica. Su terapéutico realizara técnicas que pueden incluir el toque de su persona. Si usted se siente incomodo con cualquier de los tratamientos por favor infórmele a su terapeuta de inmediato.

He leído la información proporcionada la entiendo y estoy de acuerdo con lo antes mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Rye Physical Therapy & Rehabilitation  
*office locations at*

266 Purchase Street, Rye, New York 10580  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601  
2 Clinton Avenue, Rye, New York 10580

Sepa por favor que su compañía de seguro requiere que usted haga un pago mínimo (co-payment) por cada cita.

Estoy de acuerdo en pagar mi pago mínimo (co-payment) cada vez que los servicios sean dados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Asignación de Beneficios

Solicito que se haga el pago de beneficios autorizados, inclusive Medicare, seguro privado, y cualquier otros planes médicos, sean hechos en mi beneficio a Rye Physical Therapy and Rehab. Por los servicios proporcionados a mi del proveedor antes mencionado.

Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan valido como una original. Autorizo aun más que el proveedor libere toda información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rye Physical Therapy & Rehab.  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601

Sepa por favor que su compañía de seguro le puede requerir que usted pague un deducible y un coaseguro.

Para su conveniencia nosotros facturaremos a su compañía de seguros primaria y secundaria (si aplicable) y posteriormente le facturaremos a usted el equilibrio restante.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Asignación de Beneficios

Solicito que se haga el pago de beneficios autorizados, inclusive Medicare, seguro privado, y cualquier otros planes médicos, sean hechos en mi beneficio a Rye Physical Therapy and Rehab. Por los servicios proporcionados a mi del proveedor antes mencionado.

Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan valido como una original.  
Autorizo aun más que el proveedor libere toda información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rye Physical Therapy & Rehabilitation  
*office locations at*

266 Purchase Street, Rye, New York 10580  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601  
2 Clinton Avenue, Rye, New York 10580

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en recibir terapia física en Rye Physical Therapy & Rehabilitation (RPT&R) sin seguro médico. RPT&R me a informado del costo de la terapia física si deseo pagar por mi propia cuenta.

Estoy de acuerdo de ser el 100% responsable de los gastos de la terapia física y de hacer los pagos cada vez que los servicios sean proporcionados.

He leído lo antes mencionado y estoy de a cuerdo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rye Physical Therapy & Rehabilitation  
*office locations at*

266 Purchase Street, Rye, New York 10580  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601  
2 Clinton Avenue, Rye, New York 10580

Póliza de pagos de seguro:

Entiendo que además de mi receta medica, es mi responsabilidad proporcionar a Rye Physical Therapy & Rehab. Con cualquiera de la siguiente información necesaria.

- Información de compensación por medio del trabajo
- Información de accidente de automóvil
- Si tiene Oxford, tendrá que obtener autorización para la primera cita (si requiere una)  
Esta autorización se obtiene de su medico primario.

También entiendo que si no proporciono esta información, que el portador de seguros puede no reembolsarle a RPT&R por sus servicios proporcionados, en cuyo caso usted será el único responsable de pagos excepcionales.

---

Firma del paciente (adulto si es menor de edad)

---

Fecha

Rye Physical Therapy & Rehabilitation  
*office locations at*

266 Purchase Street, Rye, New York 10580  
15 North Broadway, White Plains, New York 10601  
2 Clinton Avenue, Rye, New York 10580

Reconocimiento de  
Seguro del cual no participamos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro medico: \_\_\_\_\_

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

Reconozco que me han informado que mi seguro medico, como declarado anterior, es un seguro medico del cual RPT&R no participan. Soy consiente que seré responsable de mi deducible anual y el porcentaje que mi seguro no cubre o sea el (co-insurance) por lo general es 20 o 30 %) que mi seguro no cubre.

He leído, Y estoy de acuerdo con lo mencionado anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma (adulto si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha