

Policy Notice



Sims
Physical Therapy, Inc.

En cuanto a la póliza de seguro y pago

Estaremos encantados de discutir su tratamiento propuesto y responder cualquier pregunta relacionada con su seguro. Debe darse cuenta, sin embargo, de que su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamos de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Es nuestra política llamar y verificar los beneficios y la elegibilidad para que calculemos su parte de pago. Sin embargo, no hay garantía de la compañía de seguros de su importe de pago. Es posible que no sepamos la cantidad exacta adeudada hasta que la reclamación haya sido procesada, momento en el que puede haber un saldo adeudado en su cuenta. En caso de que esto ocurra, le enviaremos por correo un estado de cuenta y apreciaremos su pago rápido. Aceptaremos la tarifa contratada y tomaremos los ajustes necesarios si somos proveedores participantes con su seguro. El pago del servicio debe realizarse antes de cada visita de tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Una vez que su información completa esté registrada, estaremos encantados de enviar sus reclamos a su compañía de seguros.

Iniciales _____

Gastos no cubiertos

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra zona. Usted puede ser responsable del pago de los cargos denegados debido a la determinación arbitraria de las tarifas habituales y consuetudinarias de una compañía de seguros. También puede haber cargos que su compañía de seguros no cubra debido a limitaciones de la póliza o lo que consideran razonable y necesario. Es su responsabilidad saber cuáles son sus límites de política. Nuestro objetivo es mejorar su condición con éxito en función de lo que el médico y el fisioterapeuta consideran un tratamiento razonable y necesario, no en cuáles son los límites de su política. Por lo tanto, a menos que nos avise antes del tratamiento, usted será financieramente responsable de los gastos no cubiertos.

Iniciales _____

Consentimiento y reconocimiento de recepción del aviso de privacidad (HIPPA)

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de salud, Sims Physical Therapy crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para la atención o tratamiento futuro. Se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (evaluación de calidad y actividades de mejora, suscripción, calificación de primas, conducción o organizar la revisión médica, los servicios legales y las funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida sobre mí para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando las divulgaciones ya se hayan hecho en base a mi consentimiento previo. Este consentimiento se da libremente entendiéndolo que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos u orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por ninguna razón fuera del tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto según lo dispuesto por la ley..
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como el original
Tengo el derecho de solicitar que se restrinja el uso de mi Información médica protegida, que se utiliza o divulga para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la práctica y debo aceptar cualquier restricción por escrito que solicite sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida; y acuerdan rescindir cualquier restricción por escrito sobre el uso y divulgación de mi Información médica protegida que hayan sido previamente acordadas.

Iniciales _____

Consentimiento para tratar, asignación de beneficios y divulgación de información

El abajo firmante consiente ser (tener menor) tratado por Sims Physical Therapy, Inc. de forma ambulatoria, que incluye los servicios prestados bajo las instrucciones generales y específicas del cirujano médico del paciente. El abajo firmante asigna a Sims Physical Therapy, Inc. todos los pagos por servicios prestados al paciente. El abajo firmante entiende y acepta la responsabilidad por cualquier cantidad no cubierta por los seguros, excepto en las reclamaciones de compensación de los trabajadores. Por la presente autorizo a Sims Physical Therapy, Inc. a proporcionar toda la información relativa al tratamiento o enfermedades de mi (menor) a mis compañías de seguros (menores), abogado u otros profesionales de la salud. Además, autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí (menor) relacionada con mi tratamiento o diagnóstico (menor) a divulgarlo a Sims Physical Therapy Inc.

Iniciales _____

Cargos por cancelación y no presentación

Cada vez que un paciente no recibe una cita sin proporcionar la debida notificación, se le impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, Sims Physical Therapy, Inc. se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por citas perdidas ("no shows") y debe ser pagada antes de su próxima cita. Si tiene que cancelar una cita le pedimos que trate de proporcionarnos al menos 24 horas de anticipación, no se le cobrará si reprograma su cita dentro del mismo día, sin embargo, nos reservamos el derecho de despedir a los pacientes de nuestra práctica si no se presenta r una evaluación inicial, después de tres no hay espectáculos o cancelaciones sin 24 horas de anticipación en 12 meses, y a discreción del terapeuta después de dos no hay espectáculos en una fila.

• ¿Llegar tarde? Si llega tarde, por favor llame con anticipación y háganoslo saber. Si llega más de 10 minutos tarde, se hará todo lo posible para acomodarlo, sin embargo, su tratamiento puede necesitar ser modificado o reprogramado en consideración de otros pacientes con citas ya programadas.

Iniciales _____

Firma del paciente (Firma de Padre o Tutor si Es Menor)

Fecha

Nombre del paciente impreso

Firma de testigo

Fecha

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene derecho a mirar u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted solicitó a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en costos por gastos como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final si este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$0.20 por cada página y \$35 por hora por tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, así como el franqueo si desea que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en costos por proporcionar su información médica en ese formato.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que hagamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o ubicaciones alternativas. **(Debe hacer una solicitud por escrito.)** Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que solicite.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes Por favor, póngase en contacto con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación o su información de salud o para que comuniéramos icate con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede quejarse a nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

Gerente de la oficina:	Katie Anderson
Teléfono:	805-928-4465
Fax:	805-928-7935
Correo electrónico:	Simsphysicaltherapy@yahoo.com
Dirección:	2530 Professional Parkway Santa Maria, CA 93455