POLICY REGARDING NO-SHOWS, RESCHEDULING AND CANCELLATIONS

POWER CENTER
PHYSICAL THERAPY
AQUATICS AND WELLNESS

At Power Center Physical Therapy, we are dedicated to providing you with high-quality healthcare. When an appointment is scheduled, that time is set aside specifically for you. Missing a scheduled visit without letting us know affects your plan of care, and prevents other patients from receiving timely care.

We understand that unexpected emergencies, illness, or transportation issues can happen. If you need assistance with transportation, please remember that your Inland Empire Health Plan (IEHP) benefits include free non-emergency medical transportation to and from your doctor appointments. You can arrange this by calling IEHP Member Services at 1-800-440-4347.

Please contact our office at (760) 245-8828 as soon as possible so we can help you reschedule your visit and ensure your medical needs are being met. It is important to LEAVE A MESSAGE if you reach our voicemail.

Please be advised that our practice policy REQUIRES cancellations and reschedules be made the day prior to your scheduled appointment, before 5 PM at the latest. Cancellations or reschedules made via phone or text after 5 PM the day prior to your appointment are considered “same-day” no-shows. Two missed appointments without prior notice will result in the formal termination of your current episode of care. In addition, any FUTURE APPOINTMENTS will be cancelled after a NO-SHOW appointment, unless YOU confirm the next appointment via the automated text or a phone call / voice message.

Lastly, please note that we do our best to assign your appointment to your therapist of choice, but this is not *guaranteed*. Changes may be made to allow for efficient delivery of patient care.

Thank you for your cooperation and your commitment to your health.

Patient Acknowledgement: _____Date: _____

V03.07/26

POWER CENTER



PHYSICAL THERAPY

AQUATICS AND WELLNESS

Nombre del Paciente: _____

REGLAS IMPORTANTES DE LA COMPAÑIA

EN ORDEN DE PROPORCIONAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE, FAVOR DE ADHERIRSE A LAS POLÍTICAS SIGUIENTES: (INICIAR TODAS LAS CAJITAS)

☐ EL PAGO DE LOS SERVICIOS DEBE REALIZARSE AL MOMENTO DE SU PRESTACIÓN, A MENOS QUE EL PERSONAL DE PCPT HAYA APROBADO PREVIAMENTE LOS ACUERDOS DE PAGO(COPAGO, COASEGURO, DEDUCIBLE)

☐ SE APLICA UN CARGO DE $25.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS. LOS SALDOS CON MÁS DE 30 DÍAS DE ANTIGÜEDAD PUEDEN ESTAR SUJETOS A CARGOS DE COBRANZA ADICIONALES Y CARGOS POR INTERESES DEL 1.5% MENSUAL.

☐ LAS CITAS CANCELADAS SIN PREVIO AVISO DE 24 HORAS SE COBRARÁN UNA TARIFA DE $25.00. SI NO SE PRESENTA A SU CITA PROGRAMADA, SE COBRARÁ UNA TARIFA DE $40.00. NO SE REALIZARÁN MÁS CITAS HASTA QUE SE PAGUEN ESTAS TARIFAS.

☐ SU SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED, SU EMPLEADOR Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO. NO TODOS LOS SERVICIOS SON UN BENEFICIO CUBIERTO EN TODOS LOS CONTRATOS. ALGUNAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SELECCIONAN ARBITRARIAMENTE CIERTOS SERVICIOS QUE NO CUBRIRÁN.

☐ NUESTRAS TARIFAS SE ENCUENTRAN DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE PARA LA MAYORÍA DE LAS COMPAÑÍAS Y, POR LO TANTO, ESTÁN CUBIERTAS HASTA EL LÍMITE MÁXIMO ESTABLECIDO POR CADA UNA. ESTO APLICA ÚNICAMENTE A COMPAÑÍAS QUE PAGAN UN PORCENTAJE, COMO EL 50% O EL 80% DEL "U.C.R." (U.C.R.) SE DEFINE COMO USUAL, HABITUAL Y RAZONABLE. (ESTA DECLARACIÓN NO APLICA A COMPAÑÍAS QUE REEMBOLSAN SEGÚN UNA ESCALA ARBITRARIA DE TARIFAS, QUE NO GUARDA RELACIÓN CON EL ESTÁNDAR ACTUAL NI CON EL COSTO DE LA ATENCIÓN EN ESTE ÁMBITO).

☐ HE LEÍDO LA DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD.

☐ RECONOZCO QUE MI PROGRAMA DE TRATAMIENTO HA SIDO EXPLICADO Y TODAS LAS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN. ENTIENDO LOS RIESGOS ASOCIADOS CON UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA TAL COMO SE ME DESCRIBE Y DESEO CONTINUAR.

HE LEÍDO Y ACEPTO LA AUTORIZACIÓN DE SEGURO/CESIÓN DE BENEFICIOS Y LAS POLÍTICAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____

R. Notificado: *Power Center Physical Therapy, Inc.*
B. Nombre del paciente: **C. Número de identificación:**

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____*PT*_____ a continuación, es posible que tenga que pagar.

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en **D.____*PT*_____** a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado
PT = Physical Therapy or any Services received from Power Center Physical Therapy Inc.	• *Home Health Services / Episode* • *Maxed Benefit Allowance* • *Not Covered During Time of Service*	*$75 to $100 per Date of Service*

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la **D. _____*PT*_____**mencionada anteriormente.

Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

☐ **OPCIÓN 1.** Deseo la **D. _____*PT*_____** mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.

☐ **OPCIÓN 2.** Deseo la **D. _____*PT*_____** mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.

☐ **OPCIÓN 3.** No deseo la **D. _____*PT*_____**mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

H. Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/ **TTY:** 1-877-486-2048).
Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

POWER CENTER
PHYSICAL THERAPY
AQUATICS AND WELLNESS

Autorización para Revelar Información de Salud

(1) Por la presente autorizo (Nombre del establecimiento/médico):_____
Dirección:_____**para revelar la siguiente información de los registros de salud de: Nombre de Paciente:**_____**Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección:_____**Número de Teléfono:**_____

Que cubre el periodo de salud
Desde: (fecha) _____ **Hasta: (fecha)** _____

(2) Informacion a revelar:

- ___ Registros completos de salud
  - registro de salud parcial:
- ___ Nota de evaluación
- ___ Inspección de tabla médica
- ___ Notas de progreso
- ___ Laboratorio
- ___ Reportes de consulta
- ___ Radiografia
- ___Otro_____

(3) Esta información debe ser revelada a:
Nombre: Power Center Physical Therapy
Direccion: 17270 Bear Valley Rd. Suite 105, Victorville CA 92395
A fin de: _____

(4) Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto con respecto a una acción que ya haya sido tomada en base a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:_____

(5) Además, entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información de salud protegida que se usará o divulgará, y a recibir una copia de esta autorización a mi solicitud:

Copia solicitada y recibida: ☐ Si ☐ No Iniciales:_____

(6) La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

(7) Es posible que la información utilizada o divulgada a cualquier entidad que no sea un plan de salud o un proveedor de atención médica ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.

Firma del Paciente:_____ **Fecha:**_____

O

Firma del Representante legal:_____ **Fecha:**_____
Relacion: _____