



NOTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES DE MEDICARE

Recetas de tratamientos de Medicare: Debido a las regulaciones de Medicare, su receta para los tratamientos es válida por **90 días** a partir de la fecha en que el médico firma la receta. A fin de asegurar que el tratamiento no se interrumpa, le enviaremos un informe a su médico dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su receta, de modo que su médico pueda determinar si es necesario continuar con el tratamiento.

Servicios de salud en el hogar y tratamiento físico/profesional: Medicare no cubrirá los servicios de tratamiento ambulatorio si usted tiene personal de cuidado médico en su hogar. En los últimos seis meses, ¿alguna persona que no fuera miembro de su familia le brindó alguno de los siguientes cuidados?

Higiene y preparación: como cortarle las uñas y lavarle el cabello **Sí:** _____ **No:** _____

Enfermería: como aplicarle inyecciones (insulina), catéteres intravenosos o cuidar de sus vendas y heridas **Sí:** _____ **No:** _____

Tratamiento: ejercicios y masajes **Sí:** _____ **No:** _____

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la agencia de cuidado médico en el hogar: _____

Número telefónico de la agencia: _____

Fecha en que terminaron los servicios: _____

Resumen de límite de tratamientos de 2008: Si su diagnóstico no está exento, Medicare establece un límite financiero de \$1,810.00 para la cantidad de tratamientos que puede recibir un individuo en 2007 de una clínica de medicina privada. Revisaremos las opciones disponibles con usted cuando esté aproximándose al límite.

Su plan de Medicare puede también tener un deducible. Se le informará que es su deducible y cuanto ya a pagado.

¿Recibió algún tratamiento físico ambulatorio, tratamiento profesional o tratamiento del habla desde el 1 de enero de 2008? _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", ¿cuántas visitas incluyó el tratamiento? _____

¿Fue dado de alta de un hospital o establecimiento de enfermería capacitada (Skilled Nursing Facility, SNF) en los últimos 30 días? _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del establecimiento: _____

Fecha de partida del establecimiento: _____

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo la información anterior respecto de los servicios de cuidado en el hogar y el límite de tratamiento de Medicare, y no me ha quedado ninguna pregunta.

Firma: _____ **Fecha:** _____