

{INSERT logo here}

NOTIFICACIÓN DE NO-COBERTURA DE MEDICARE

Nombre del Paciente:

Número de ID del Paciente:

**LA COBERTURA DE SUS SERVICIOS ACTUALES DE {coloque el tipo}
TERMINARÁN EFECTIVO: {coloque la fecha de efectividad}**

- Su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios actuales de {coloque el tipo de servicio} efectivo a la fecha mencionada arriba.
 - Usted tendrá que pagar por cualquier servicio de {coloque el tipo} que reciba después de la fecha señalada arriba.
-

SU DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente, sobre la decisión de terminar la cobertura de Medicare por estos servicios mientras los mismos continúan.
 - Si usted decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor también verá su expediente médico y/u otra información relevante. No tiene que preparar nada por escrito, pero usted tiene derecho a hacerlo si así lo desea.
 - Si decide apelar, usted y el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre por qué la cobertura de sus servicios no debe continuar. Usted recibirá esta notificación detallada sólo después de que haya solicitado una apelación.
 - Si usted decide apelar, y el revisor independiente está de acuerdo en que los servicios no deben seguir siendo cubiertos efectivo a la fecha indicada arriba, Medicare no pagará por estos servicios después de esa fecha.
 - Si usted discontinúa los servicios efectivo a la fecha indicada arriba, evitará cualquier responsabilidad económica por los mismos.
-

COMO SOLICITAR UNA APELACIÓN INMEDIATA

- Debe hacer la solicitud a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (también conocida como el QIO). El QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud para una apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero no más tarde del mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- El QIO le notificará su decisión tan pronto sea posible, generalmente no más tarde de dos días después de la fecha de esta notificación.
- Llame al QIO al: {coloque nombre y número de teléfono del QIO} para apelar, o si tiene alguna pregunta.

Vea la página 2 de este aviso para más información.

OTROS DERECHOS DE APELACIÓN:

Si se le pasa la fecha para solicitar una apelación inmediata, es posible que todavía pueda solicitar una apelación acelerada con el Plan de Salud de Medicare. Si su solicitud de apelación no cumple con los requisitos de una revisión acelerada, su plan va a revisar la decisión usando sus reglas de una apelación estándar. Favor de ver su 'Evidencia de Cobertura' para más información.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o TTY/TDD: 1-877-486-2048 para más información sobre el proceso de apelaciones.

INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

Favor de firmar abajo para indicar que ha recibido esta notificación.

He sido notificado(a) que la cubierta de mis servicios terminarán efectivo a la fecha indicada en esta notificación y que puedo apelar esta decisión comunicándome con el QIO.

Firma del Paciente o Representante

Fecha