



NOTIFICACIÓN DE MEDICARE DE NO-COBERTURA

OMB APPROVAL NO. 0938-0953

PAGE 1 OF 2

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de ID del Paciente: _____

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de _____

Los servicios terminarán el: _____ (Fecha)

- Su plan de Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de _____ que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
- Después de esa fecha, usted quizás tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba.

SU DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare por estos servicios. Usted continuará recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión.
- Si apela la decisión, el revisor independiente le pedirá una apelación. También analizará su historial médico y otra información relevante. Usted no tendrá que preparar un informe escrito, pero si lo desea puede hacerlo.
- Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre el motivo por el cual la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá esta explicación después de que haya presentado su pedido de apelación.
- Si decide apelar, y el revisor independiente coincide en que la cobertura de los servicios no debe continuar después de la fecha indicada arriba en Medicare ni su plan pagarán por dichos servicios a partir de esa fecha.
- Si usted deja de recurrir a la apelación a partir de la fecha indicada arriba, podrá evitarse cualquier responsabilidad económica.

CÓMO SOLICITAR UNA APELACIÓN INMEDIATA

- Debe presentar su solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés). La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud de apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero a más tardar para el mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- La QIO le notificará su decisión tan pronto como sea posible. Si usted está inscrito en el Medicare Original por lo general será a los dos días de la fecha de vigencia de este aviso. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO le informará su decisión para la fecha de vigencia de este aviso.
- Llame a su QIO al: _____ para apelar la decisión o si tiene preguntas.

Si desea más información sobre este aviso, consulte la página 2.



NOTIFICACIÓN DE MEDICARE DE NO-COBERTURA

OMB APPROVAL NO. 0938-0953

PAGE 2 OF 2

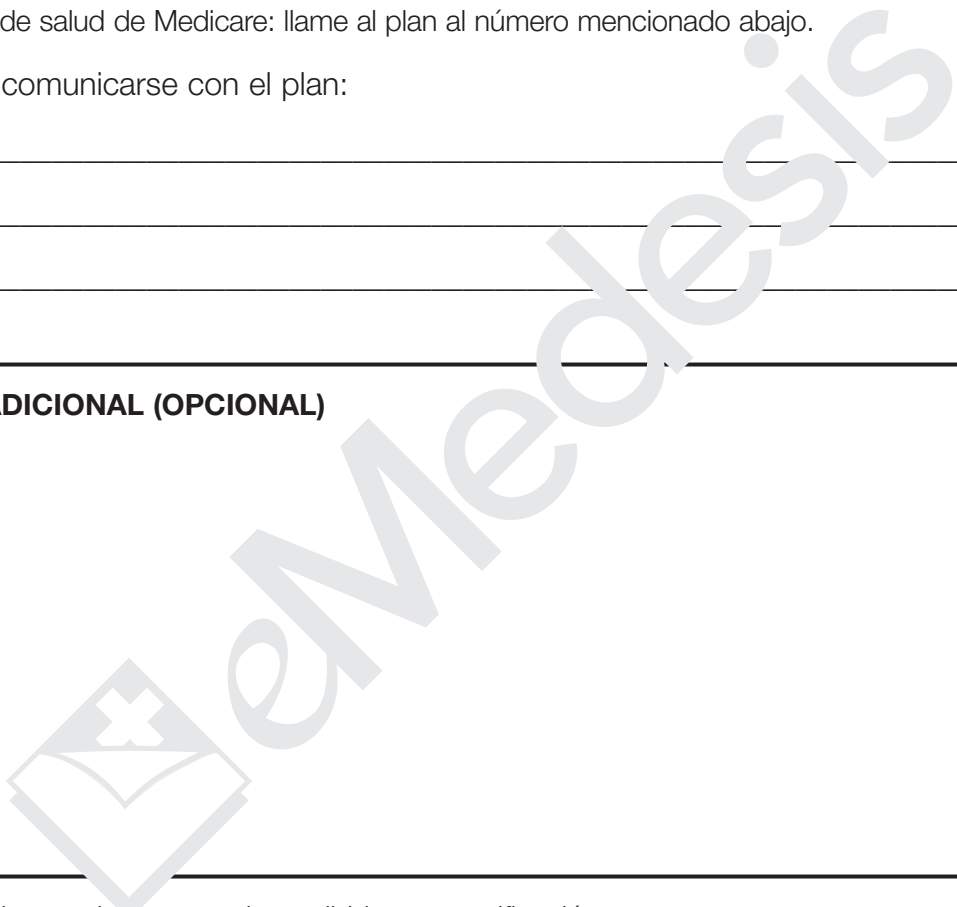
Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de ID del Paciente: _____

SI SE LE HA PASADO LA FECHA PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN INMEDIATA. PODRÍA TENER OTROS DERECHOS DE APELACIÓN:

- Si tiene el Medicare Original: llame a la QIO mencionada en la página 1.
- Si tiene otro plan de salud de Medicare: llame al plan al número mencionado abajo.

Información para comunicarse con el plan:

INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

Por favor firme abajo para inuicar que ha recibido esta notificación.

Se me ha informado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha indicada en este aviso, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO para apelar la decisión.

Firma del Paciente o Representante

Fecha