

**AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR**

Nosotros, _____, su agencia de servicios de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros le brindaremos los siguientes artículos y/o servicios:

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al: (_____) _____.

Los usuarios de TTY deben llamar al: (_____) _____

El costo estimado de los artículos y/o servicios listados arriba es \$ _____

Si usted tiene otro seguro, favor de ver numero 3 abajo.

Tiene tres opciones disponibles. Usted debe escoger solamente una de estas opciones marcando el casillero que aparece al lado de cada opción y luego firmar abajo:

- 1. Yo no quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso. Yo entiendo que no se me cobrará dinero y que no tengo derechos para apelar ya que no recibré estos artículos y/o servicios.
- 2. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagarlos de mi propio bolsillo ya que no quiero presentar una reclamación a Medicare o cualquier otro seguro que tenga. También entiendo que no tengo derechos para apelar ya que no se presentará una reclamación a Medicare.
- 3. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagar de mi propio bolsillo los artículos y/o servicios en caso de que Medicare u otro seguro que tenga no pagase. Enviar la reclamación a (**Favor de marcar un casillero ó ambos:**)

- Medicare
- mi otro seg...

Atención: Si selecciona la opción 3 y presenta una reclamación a Medicare, usted recibirá un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) indicando la decisión oficial de Medicare sobre el pago. Si el MSN menciona que Medicare pagará todo o parte de su reclamación, usted puede apelar la decisión que tomó Medicare siguiendo el proceso correcto que aparece en el MSN. Si no recibe un MSN para su reclamación, entonces debe llamar a Medicare al: 1-800-633-4227/ Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.

Quizá tenga que pagar el costo completo en el momento que reciba los artículos y/o servicios. Si Medicare u otro seguro que tenga decide pagar por todos o parte de los artículos y/o servicios que usted ya pagó, usted debe recibir un reembolso por la cantidad apropiada.

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar piensa que Medicare no pagará por los artículos y/o servicios descritos en esta carta, y por lo tanto, yo escogí la opción indicada arriba.

Nombre del Paciente _____ Número del paciente _____

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

Favor lea y firme este formulario. Puede devolvérnoslo ó enviarlo por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.