

Aviso de no cobertura de Medicare

Nombre del paciente: _____

Nº. de paciente: _____

La fecha efectiva en que terminará la cobertura de sus servicios actuales: _____

- Su plan médico o proveedor de Medicare determinó que Medicare probablemente no pagará sus **SERVICIOS MÉDICOS A DOMICILIO** actuales después de la fecha efectiva indicada más arriba.
- Es posible que tenga que pagar cualquier servicio que reciba después de la fecha indicada arriba.

INFORMACIÓN PARA COMUNICARSE CON EL PLAN MÉDICO

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare para estos servicios. Sus servicios continuarán durante la apelación.
- Si decide apelar, el examinador independiente le pedirá su opinión. El examinador también revisará su expediente médico y otra información pertinente. No tiene que preparar nada por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si así lo desea.
- Si decide apelar, usted y el examinador independiente recibirán una copia de la explicación detallando por qué la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá este aviso detallado únicamente después de que solicite una apelación.
- Si decide apelar y el examinador independiente determina que los servicios ya no tendrán cobertura a partir de la fecha efectiva indicada más arriba. Ni Medicare ni su plan médico pagarán estos servicios después de esa fecha.
- Si cancela los servicios a más tardar en la fecha efectiva indicada más arriba, evitará la responsabilidad económica.

CÓMO SOLICITAR UNA APELACIÓN INMEDIATA

- Debe presentar su solicitud a la Organización para el mejoramiento de la calidad (también conocida como la QIO, por sus siglas en inglés) de su área. Una QIO es la organización de examinadores independientes autorizados por Medicare para revisar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud para una apelación inmediata debe presentarse lo más pronto posible, pero a más tardar el mediodía del día antes de la fecha efectiva indicada más arriba.
- La QIO le avisará de su decisión lo más pronto posible, generalmente a más tardar dos días después de la fecha efectiva de este aviso si usted tiene Medicare Original. Si usted tiene un plan médico de Medicare, normalmente la QIO le notificará su decisión para la fecha efectiva de este aviso.
- Comuníquese con su QIO a: **KEPRO al 1.844.430.9504** para apelar o si tiene alguna pregunta.

Consulte la página 2 de este aviso para mayor información.

SI SE LE PASA LA FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN IN MEDIATA, USTED PODRÍA TENER OTROS DERECHOS DE APELACIÓN:

- **Si tiene Medicare Original:** llame a la QIO que aparece en la página 1.
- **Si está inscrito en un plan de Medicare:** llame a su plan médico al número indicado más abajo.

INFORMACIÓN PARA COMUNICARSE CON EL PLAN MÉDICO

Teléfono de Amerigroup Corporation: 1.866.805.4589 o TTY al: 1.800.855.880
los 7 días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

.....

Teléfono de Humana: 1.800.867.6601 o TTY al: 1.800.855.880 Fax: 1.800.949.2961
los 7 días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

.....

Teléfono de Humana:
los 7 días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
UnitedHealthcare Medicare & Retirement
Attn: Appeals and Grievances Department
PO Box 6106
Mail Stop CA124-0157
Cypress, CA 90630

Teléfono para una Apelación rápida: 1.877.262.9203 o TTY al: 711
Fax para una Apelación rápida: 1.866.373.1081
Teléfono de Servicio al cliente: 1.800.950.9355 o TTY al: 711

Por favor firme más abajo para indicar que recibió y entendió este aviso.

Se me ha notificado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha efectiva indicada más arriba en este aviso y que puedo apelar esta decisión al comunicarme con mi QIO.

Firma del paciente o representante

Fecha/Título