

Aviso de no cobertura de Medicare

Nombre del paciente:

Número de paciente:

La cobertura de Medicare para sus actuales servicios de centro de enfermería especializada finalizará el [insertar fecha de entrada en vigencia]

Su proveedor y/o plan de salud han determinado que es probable que Medicare no cubra sus servicios en un centro de enfermería especializada después de la fecha indicada. Es posible que usted deba pagar por cualquier servicio que reciba después de esta fecha.

Su derecho a apelar esta decisión

- Usted tiene derecho a apelar la decisión de finalizar la cobertura de Medicare de sus servicios. Esto significa que obtendrá una revisión médica independiente de inmediato, y sus servicios continuarán mientras dure la apelación.
 - Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. No es necesario que prepare nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo. El revisor también examinará su historial médico y cualquier otra información relevante.
 - Una vez que solicite una apelación, recibirá un aviso con una explicación detallada de por qué debería finalizar la cobertura de su servicio.
 - Si el revisor independiente está de acuerdo en que la cobertura de Medicare para sus servicios debe finalizar, ni Medicare ni su plan pagarán estos servicios después de la fecha indicada.
 - Si interrumpe los servicios antes de la fecha indicada, evitará responsabilidades financieras.
-

Cómo solicitar una apelación inmediata

- Le rogamos que solicite la apelación a la brevedad. **Es imprescindible que presente su apelación a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha indicada previamente.**
- Deberá dirigir su solicitud a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO). Una QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare.
- **En caso de no cumplir con el plazo** para solicitar una apelación inmediata, es posible que aún conserve su derecho a apelar.
- Para apelar o si tiene alguna pregunta, comuníquese con su QIO, **Acentra Health Services (línea sin costo: OR and ID: 888-305-6759). MT: 888-317-0891).**

¿Qué ocurrirá después?

- La QIO le comunicará su decisión a la brevedad posible, usualmente dentro de los dos días posteriores a la fecha de entrada en vigor indicada. Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO generalmente le informará su decisión para la fecha de entrada en vigor antes mencionada.
- Para obtener más información, comuníquese con su QIO, Acentra Health Services (línea sin costo: OR and ID: 888-305-6759). MT: 888-317-0891).

Información adicional:

Por favor, firme a continuación para confirmar la recepción y comprensión de este aviso.

Se me ha notificado la finalización de la cobertura de mis servicios en la fecha indicada en este aviso, y que tengo derecho a apelar esta decisión contactando a mi QIO.

Firma del paciente o representante

Fecha

Usted tiene derecho a recibir su información en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

PacificSource Community Health Plans es un plan HMO, HMO D-SNP y PPO con un contrato de Medicare y un contrato con Oregon Health Plan (Medicaid). La inscripción en PacificSource Medicare depende de la renovación del contrato.