**[Insert contact information here]**

# Notificación de alta detallada

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** [Date issued] |  |
| **Nombre del paciente:** [Patient name] | **Número de paciente:** [Member ID] |

En esta notificación encontrará una explicación detallada de los motivos por los cuales su hospital o su plan de salud de Medicare han determinado que debe finalizar la cobertura de Medicare para su hospitalización. Esta notificación no es la decisión sobre su apelación. La decisión sobre su apelación le será notificada por su Organización de Mejora de la Calidad (QIO).

Hemos revisado su caso y decidimos que la cobertura de Medicare para su hospitalización debe finalizar.

* Los hechos en los que basamos esta decisión son los siguientes:   
  [insert facts used]
* A continuación, se incluye la explicación detallada de los motivos por los cuales su hospitalización ya no estará cubierta, así como las normas y políticas específicas sobre la cobertura de Medicare que se usaron para tomar esta decisión:   
  [insert detailed explanation, rules and policy]
* Política, disposición o fundamento del plan que se utilizó para tomar esta decisión (solo para planes de salud): [insert specific policies and/or rationale]

Si desea una copia de la política o de las pautas de cobertura que se usaron para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO, llámenos al: [insert hospital name and toll-free telephone number]

Tiene derecho a recibir la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, en braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido víctima de discriminación. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html) 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.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta recopilación de información es de 60 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si desea hacer comentarios acerca de la precisión de esta estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.