[Insert contact information here]

**Mensaje importante de Medicare**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del paciente: | [Patient Name] |
| Número de identificación de paciente: | [Patient ID Number] |
| Médico/a: | [Physician] |

### Sus derechos como paciente internado en un hospital:

* Puede recibir los servicios cubiertos de Medicare. Esto incluye los servicios hospitalarios que sean médicamente necesarios y aquellos servicios que usted pueda requerir una vez que reciba el alta, si su médico/a así lo ordena. Tiene derecho a que se le informe sobre estos servicios, a saber, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
* Puede participar en todas las decisiones con respecto a su hospitalización.
* Para informar las inquietudes que tenga con respecto a la calidad de la atención médica que reciba, comuníquese con su Organización de Mejora de la Calidad (QIO) al: Programa
BFCC-QIO de Livanta, teléfono: 1-877-588-1123 o TTY 1-855-887-6668. Esta QIO es un revisor independiente con autorización de Medicare para auditar la decisión de darle el alta.
* Puede trabajar con el hospital para prepararse para el alta de manera segura y para coordinar los servicios que pueda necesitar una vez que abandone el hospital. Una vez que ya no necesite la atención hospitalaria para pacientes internados, su médico/a o el personal hospitalario le informarán cuál es la fecha de alta prevista.
* Puede hablar con su médico/a o con el personal hospitalario si tiene inquietudes acerca de su alta médica.

Su derecho a apelar el alta hospitalaria:

* Usted tiene derecho a una revisión médica inmediata e independiente (apelación) de la decisión de darle el alta del hospital. Si decide usar este recurso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante la apelación (salvo por los cargos como copagos y deducibles).
* Si opta por apelar, el revisor independiente le consultará su opinión. Además, el revisor analizará su expediente médico u otra información relevante. No es necesario que prepare nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si así lo prefiere.
* Si decide apelar, tanto usted como el revisor recibirán una copia de la explicación detallada donde se indicará por qué ya no debería continuar la cobertura de su hospitalización. Recibirá una notificación detallada solo si solicita la apelación.
* Si la QIO determina que usted no está en condiciones para recibir el alta hospitalaria, Medicare seguirá cubriendo sus servicios hospitalarios.

Si la QIO está de acuerdo con que se debe discontinuar la cobertura de los servicios después de la fecha de alta hospitalaria, ni Medicare ni su plan de salud de Medicare pagarán su hospitalización una vez pasado el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO le notifique esta decisión. Si usted cancela los servicios dentro de este plazo, evitará la responsabilidad financiera correspondiente.

* Si no presenta una apelación, es posible que deba pagar los servicios que reciba después de la fecha de su alta hospitalaria.

Cómo solicitar una apelación del alta hospitalaria

* Debe presentar su solicitud ante la QIO que se detalla más arriba.
* La solicitud de apelación debe presentarse lo antes posible, pero no posteriormente a la fecha prevista de su alta hospitalaria ni antes de que abandone el hospital.
* La QIO le notificará su decisión lo antes posible; por lo general, a más tardar 1 día después de recibir toda la información necesaria.
* Llame a la QIO que figura en la página 1 para presentar la apelación o si tiene preguntas.

Si se le vence el plazo para solicitar una apelación, es posible que tenga otros derechos para apelar:

* Si tiene Original Medicare: Llame a la QIO que figura en la página 1.
* Si pertenece a un plan de salud de Medicare: Llame a su plan de SCAN, 1-800-559-3500,
o TTY: 711.

Información adicional (opcional):

Firme a continuación para indicar que recibió y comprendió esta notificación.

Se me ha notificado sobre mis derechos como paciente internado en un hospital y que puedo apelar mi alta hospitalaria si me comunico con mi QIO.

 Firma del paciente o representante Fecha/Hora

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 15 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.