[Insert provider contact information here]

|  |  |
| --- | --- |
| **Aviso de no cobertura de Medicare** | |
| **Nombre del paciente:** [Name of member] | **Número de paciente:** [Member I.D.] |

La Fecha de vigencia de la cobertura de sus servicios actuales de [Insert type]

Terminará el: [Insert effective date]

|  |
| --- |
| * Su proveedor de Medicare o plan de salud determinaron que es probable que Medicare no pague por sus servicios actuales de [Insert type] después de la fecha de vigencia indicada arriba. * Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que reciba después de la fecha antes mencionada. |

Su derecho a apelar esta decisión

* Usted tiene derecho a una revisión médica inmediata e independiente (apelación) de la decisión de terminar la cobertura de Medicare de estos servicios. Sus servicios continuarán durante la apelación.
* Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor también analizará sus expedientes médicos u otra información relevante. No tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si así lo desea.
* Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada del motivo por el cual su cobertura de servicios no debe continuar. Recibirá este aviso detallado solo después de que solicite una apelación.
* Si decide apelar y el revisor independiente está de acuerdo en que los servicios ya no deben estar cubiertos después de la fecha de vigencia indicada arriba;
  + Ni Medicare ni su plan pagarán por estos servicios después de esa fecha.
* Si suspende los servicios a más tardar en la fecha de vigencia indicada arriba, evitará la responsabilidad financiera.

Cómo solicitar una apelación inmediata

* Debe tramitar su solicitud en su Organización de mejora de la calidad (también conocida como QIO). Una QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para analizar la decisión de terminar estos servicios.
* Su solicitud de una apelación inmediata debe hacerse lo antes posible, a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada arriba.
* La QIO le informará su decisión tan pronto como sea posible, generalmente dentro de los dos días después de la fecha de vigencia de este aviso si usted está inscrito en Medicare original. Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO generalmente le informará su decisión en la fecha de vigencia de este aviso.
* Llame a su QIO, programa KEPRO BFCC-QIO, al 1-888-315-0636 (fax: 1-833-868-4060) (usuarios de TTY: 1-855-843-4776) para apelar o si tiene consultas.

Si no cumple con la fecha límite para solicitar una apelación inmediata, es posible que tenga otros derechos de apelación:

* Si tiene Medicare original: llame a la QIO que aparece en la página 1.
* Si pertenece a un plan de salud de Medicare: llame al número de teléfono de su plan que se indica a continuación.

Información de contacto del plan:

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al 1-855-844-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención normal se responderán dentro de un día hábil.

Información adicional (opcional): [Insert text]

Firme abajo para indicar que usted recibió y entendió este aviso.

Se me ha notificado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha de vigencia indicada en este aviso y que puedo apelar esta decisión poniéndome en contacto con mi QIO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Firma del paciente o representante Fecha