**[LOGO]**

**Aviso de restablecimiento de la cobertura**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Proveedor/Centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Plan de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Inicio del servicio/Fecha de admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Identificación del miembro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Médico tratante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Tipo de servicio:**

[ ]  **Enfermería especializada**

[ ]  **Atención en el hogar**

[ ]  **Rehabilitación integral para pacientes ambulatorios**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estimado(a) [insert: Member's Name]:**

El [insert: date] usted recibió un Aviso de no cobertura de Medicare indicando que los servicios anteriores finalizarían en la fecha de entrada en vigencia [insert: date] y que tendría que pagar cualquier servicio que reciba después de esa fecha.

El Aviso de restablecimiento es para informarle que, después de una revisión adicional, se ha determinado que los servicios anteriores continuarán sin ningún lapso en la cobertura hasta aviso posterior.

Recibirá un nuevo Aviso de no cobertura de Medicare indicando cuándo finalizará su cobertura, cuando se haya determinado que usted ya no requiere los servicios anteriores.

Si tiene preguntas relacionadas con este Aviso de restablecimiento, comuníquese con [insert organization name: PMG/IPA] llamando al [XXX-XXX-XXXX] o a TTY/TDD al [XXX-XXX-XXXX] [insert: days of operation] en el horario de [insert: hours].

Atentamente,

[Provider Organization Designee]