

Provider Name: _____
Provider Address: _____
Provider City, St Zip: _____
Provider Phone #: _____

Notificación de Medicare de Terminación de Cobertura

Nombre del Paciente: _____ Número de ID del Paciente: _____

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de _____ Los servicios terminarán el _____.

-
- Su plan Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de _____ que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
 - Después de esa fecha, usted tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba.

Su derecho a apelar esta decisión

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare de los servicios. Usted continuará recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión.
- Si apela la decisión, el revisor independiente le pedirá su opinión, también analizará su historial médico y otra información relevante. Usted no tendrá que preparar un informe escrito, pero si lo desea puede hacerlo.
- Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre el motivo por el cual la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá esta explicación después de que haya presentado su pedido de apelación.
- Si decide apelar, y el revisor independiente coincide en que la cobertura de los servicios no debe continuar después de la fecha indicada arriba, ni Medicare ni su plan pagarán por dichos servicios a partir de esa fecha.
- Si usted deja de recibir los servicios a partir de la fecha indicada arriba, podrá evitarse cualquier responsabilidad económica.

Cómo solicitar una apelación inmediata

- Debe solicitársela a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla en inglés). La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud de apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero a más tardar para el mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- La QIO le informará su decisión lo más pronto posible, por lo general dos días después de la fecha de efectividad de esta notificación.
- Llame a su QIO al: FMQAI at 1-866-800-8768 o al TTY: 1-866-800-8753 para apelar la decisión o si tiene preguntas.

Si desea más información vea el reverso de esta página

Otros derechos de apelación:

- Si se le pasa la fecha para solicitarle a su QIO una apelación inmediata, es posible que aún pueda solicitarle una apelación acelerada a su plan de salud de Medicare. Si su pedido no responde al criterio para una apelación acelerada, el plan considerará su solicitud como una apelación estándar. Para más información, consulte la Evidencia de Cobertura.
- Comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o al TTY: 1-877-486-2048 para obtener más información sobre el proceso de apelación.

Información para comunicarse con su plan:

AvMed Medicare

P.O. Box 749

Gainesville, FL 32602-0749

(800) 782-8633 Representantes disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana (las llamadas a este número son gratuitas). Usuarios del sistema TTY/TDD 1-877-442-8633

Información adicional (Opcional):

Por favor firme abajo para indicar que ha recibido esta notificación.

Se me ha informado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha indicada en esta notificación, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO para apelar la decisión.

Firma del paciente o del representante

Fecha

Formulario de CMS 10095-NOMNC (SP) (Exp. 10/31/2013)
Número de aprobación de OMB 0938-0910

AvMed es una organización Medicare Advantage con contrato del Medicare