

AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO SOBRE SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO

Nosotros, _____, su agencia de servicios de salud a domicilio, anticipamos que Medicare probablemente no pague lo siguiente: _____

porque: _____

Esta es nuestra opinión. Su médico ha ordenado estos servicios para usted. Recomendamos que hable con su médico, con sus familiares y con nosotros acerca de su necesidad de recibir estos servicios. Puede obtener estos servicios si cree que los necesita. A menos que tenga otro seguro, es posible que usted mismo tenga que pagar por estos servicios.

Calculamos que estos servicios costarán aproximadamente \$ _____.

Puede llamarnos al teléfono: (____) _____. TTY/TDD: (____) _____.

Su "otro seguro" es: _____.

IMPORTANTE: Pídanos una explicación de los servicios que puede recibir de acuerdo a cada una de las siguientes opciones.

FAVOR ELEGIR UNA OPCION. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHÉ LA OPCION ELEGIDA.

Opción A. SI. Quiero recibir estos servicios de salud a domicilio y obtener una decisión oficial de Medicare respecto a su cobertura. Favor presentar una reclamación, junto con cualquier evidencia que apoye mi necesidad de recibir estos servicios, a Medicare a fin de obtener la decisión oficial de éste y presentar una reclamación a mi otro seguro, si alguno. Es posible que tenga que pagar personalmente por estos servicios mientras Medicare toma su decisión. Si Medicare u otro asegurador decide pagar y yo he efectuado uno o más pagos, se me reembolsará cualquier cantidad que se me deba. Acepto responsabilizarme plena y personalmente del pago de cualquier suma que Medicare y mi otro asegurador rehúsen pagar.

Comprendo que tengo derecho a apelar si Medicare decide no pagar. Medicare me enviará un aviso acerca de su decisión oficial de no pagar y dicho aviso explicará su decisión en mi caso. El aviso también explicará cómo puedo apelar la decisión de Medicare de no pagar. Si no recibo de Medicare, dentro de un período de 90 días, un aviso sobre su decisión oficial respecto a cobertura, puedo llamar a Medicare al teléfono: (____) _____. TTY/TDD: (____) _____.

Opción B. SI. Quiero recibir estos servicios de salud a domicilio. NO presente una reclamación a Medicare. Acepto responsabilizarme plena y personalmente del pago de cualquier suma que mi otro asegurador rehúse pagar. Comprendo que no puedo apelar a Medicare.

Marque una casilla.

Opción B.1. Favor presentar una reclamación a mi otro seguro, no a Medicare.

Opción B.2. No presente una reclamación a Medicare ni a mi otro seguro.

Opción C. NO. He decidido no recibir estos servicios de salud a domicilio que, en su opinión, no serán pagados por Medicare. Comprendo que NO puedo apelar su opinión en el sentido de que Medicare probablemente no pague.

Fecha

Firma del paciente o de la persona que actúe en nombre del paciente

Favor leer y firmar este formulario y devolverlo a la dirección que aparece en la parte superior de este aviso.

NOTA: La información sobre su salud se mantendrá confidencial. Toda información sobre usted que recolectemos en este formulario se mantendrá en nuestras oficinas con carácter confidencial. Si se presenta una reclamación a Medicare, la información sobre su salud que aparece en este formulario puede hacerse disponible a Medicare. Por su parte, Medicare mantendrá confidencial toda información sobre su salud que se haga disponible a dicha organización.