

Instrucciones para el formulario del Mensaje Importante de Medicare (IM) CMS-10065

Página 1 del Mensaje importante de Medicare (IM. por sus siglas en inglés)

Título: Ingresar información de contacto aquí: Antes del título del formulario deberán aparecer el nombre, la dirección y el número de teléfono del hospital o del plan de salud de Medicare que entrega el aviso. No se requiere el logotipo registrado de la entidad, pero el uso de este es permitido.

Nombre del paciente: Ingrese los nombres y apellidos del beneficiario/afiliado.

Número del paciente: El número del paciente podría ser un expediente médico único u otro número de identificación emitido por el proveedor. No se permite el uso del número de Seguro Social, HICN, o cualquier otro número de Medicare del beneficiario, como el Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés).

Punto # 3: Ingrese el nombre y número de teléfono gratuito de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) del estado en el cual el hospital queda ubicado.

Página 2 del Mensaje importante de Medicare

Punto # 4: Ingrese el nombre y número de teléfono gratuito de la QIO del estado en el cual el hospital queda ubicado.

Punto # 6 (solamente para planes): Se deberán mostrar aquí el nombre y la información de contacto del plan para el uso del afiliado en caso de que se solicite una apelación acelerada o la QIO solicite la identificación del plan.

Información adicional (opcional): Este apartado provee espacio para información adicional que sea pertinente y podría ser útil para el beneficiario/afiliado. No se puede usar como un Aviso detallado del alta, aún si se proveen datos pertinentes a la finalización.

Renglón de firma: El beneficiario/afiliado o representante deberá firmar el aviso para indicar que lo ha recibido y que entiende el contenido del mismo.

Fecha/hora: El beneficiario/afiliado o representante deberá indicar la fecha y hora en que firma el aviso. Si se entrega el documento, pero el afiliado o el representante niega a firmarlo en la fecha de entrega, anote el IM para indicar la fecha y hora en que se entregó el aviso.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados 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.