

## Modelo de Referencia de "Aviso al Paciente sobre Artículos, Servicios y Medicamentos de Hospicio No Cubiertos"

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

MRN del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia de Hospicio: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega al paciente: \_\_\_\_\_

### Propósito de la Emisión de este Aviso

El propósito de este anexo es avisar por escrito al beneficiario con Medicare solicitante (o su representante) de las afecciones, artículos, servicios y medicamentos no cubiertos por el hospicio porque el hospicio ha determinado que no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones correspondientes. Si usted solicita este aviso dentro de los 5 días de una elección de hospicio, el hospicio debe facilitarle este formulario dentro de los 5 días después de su solicitud. Si usted solicita este aviso en cualquier momento después de los primeros 5 días después de la fecha de inicio del cuidado de hospicio, el hospicio debe facilitarle este formulario dentro de los 3 días después de su solicitud.

### Diagnósticos Relacionados con la Enfermedad Terminal y las Afecciones Correspondientes:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

### Diagnósticos No Relacionados con la Enfermedad Terminal y las Afecciones Correspondientes:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

### Artículos, Servicios y Medicamentos No Relacionados con su Enfermedad Terminal y las Condiciones Correspondientes según la Determinación del Hospicio (estos artículos, servicios y medicamentos no estarán cubiertos por el beneficio de hospicio):

Artículos/Servicios/Medicamentos	Motivo de la No Cobertura

**Nota:** El hospicio decide por cada paciente si sus afecciones, artículos, servicios y medicamentos están relacionados o no. Como el paciente o su representante, usted debe compartir esta lista y explicación clínica con otros proveedores de cuidado de salud de quienes obtiene artículos, servicios o medicamentos no relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones correspondientes para obtener su asistencia para tomar decisiones sobre el tratamiento. Su hospicio debe proporcionar los motivos de la no cobertura bajo el beneficio de hospicio en un lenguaje que usted (o su representante) puede entender.

### Derecho a Defensa Inmediata

Como beneficiario con Medicare, usted tiene el derecho de comunicarse con las **Organizaciones para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia** (BFCC-QIO, en inglés) para solicitar Defensa Inmediata si usted (o su representante) está en desacuerdo con la decisión de la agencia de hospicio sobre los artículos no cubiertos porque el hospicio ha determinado que no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones correspondientes.

## **Modelo de Referencia de "Aviso al Paciente sobre Artículos, Servicios y Medicamentos de Hospicio No Cubiertos"**

**Modelo de Referencia de "Aviso al Paciente sobre Artículos, Servicios y Medicamentos de Hospicio No Cubiertos"**

Para encontrar la BFCC-QIO de su zona, visite esta página web: <https://qioprogram.org/locate-your-qio> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Al firmar este aviso (o sus actualizaciones), solamente reconoce que ha recibido el aviso (o sus actualizaciones) y no significa que usted está de acuerdo con las determinaciones del hospicio.**

**Firma del Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Beneficiario no puede firmar

**Firma del Representante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Beneficiario y/o Representante se niega a firmar

**Si el beneficiario y/o representante se niega a firmar, el hospicio debe anotar en el anexo la razón por la cual el anexo no fue firmado y esto llega a formar parte del expediente médico del beneficiario.**

**Notas:**