

Ejemplo modelo de la Declaración de elección de hospicio

Nombre del paciente: _____

Nombre de la agencia de cuidado de hospicio: _____

Elección de hospicio

Yo, _____ (Nombre del paciente) he decidido elegir el beneficio de hospicio de Medicare y recibir los servicios de Hospicio de _____ (Nombre de la Agencia de cuidado de hospicio) a partir del _____ (Fecha de comienzo de los cuidados).

(Nota: La fecha de comienzo de los cuidados, también conocida como la fecha efectiva de la elección, podría ser el primer día del cuidado de hospicio o una fecha posterior, pero no puede ser antes de la fecha de la declaración de elección. El individuo no puede designar una fecha efectiva retroactiva.)

Derecho a escoger a un médico tratante

- Entiendo que tengo derecho a escoger a mi médico tratante para supervisar mis cuidados.
- Mi médico tratante trabajará en colaboración con la agencia de cuidado de hospicio para proporcionar la atención relacionada con mi enfermedad terminal y las condiciones relacionadas.

No deseo escoger a un médico tratante

Reconozco que mi elección para un médico tratante es:

(Proporcione toda información que servirá para identificar únicamente al médico tratante que ha escogido.)

Nombre completo del médico: _____

Filosofía de hospicio y cobertura del cuidado de hospicio

Al elegir el cuidado de hospicio bajo el beneficio de hospicio de Medicare, reconozco que:

- Se me explicó y tengo plena comprensión del propósito del cuidado de hospicio, incluyendo que la naturaleza del cuidado de hospicio es para aliviar el dolor y otros síntomas relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y que tales cuidados no serán dirigidos hacia la curación. El enfoque del cuidado de hospicio es proveer confort y apoyo tanto para mí como para mi familia/cuidadores.
- Se me proporcionó información sobre los artículos, servicios, y medicamentos que el hospicio cubrirá y proveerá cuando elijo recibir el cuidado de hospicio.
- Se me proporcionó información sobre la posibilidad de gastos compartidos para ciertos servicios de hospicio, si corresponde.
- Entiendo que al elegir el cuidado de hospicio bajo el beneficio de hospicio de Medicare, renuncio (abandono) el derecho al pago de Medicare por los artículos, servicios, y medicamentos relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Esto significa que, mientras esta elección esté vigente, Medicare pagará por los cuidados relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas solamente al hospicio designado y médico tratante que he seleccionado.
- Entiendo que los artículos, servicios, y medicamentos que no son relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas son excepcionales e inusuales y que, por lo general, el hospicio proporcionará casi todos mis cuidados cuando estoy bajo una elección de hospicio. Los artículos, servicios, y medicamentos que se determinan como no relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas siguen siendo elegibles para la cobertura de Medicare bajo otros beneficios separados.

Ejemplo modelo de la Declaración de elección de hospicio

Derecho a solicitar el "Aviso al Paciente de Artículos, Servicios, y Medicamentos de Hospicio no Cubiertos"

- En su calidad de beneficiario de Medicare que ha elegido recibir cuidado de hospicio, usted tiene derecho a solicitar, en cualquier momento y por escrito, el anexo del "**Aviso al Paciente de Artículos, Servicios, y Medicamentos de Hospicio no Cubiertos**" que indica las condiciones, artículos, servicios, y medicamentos que, según la determinación del hospicio, no son relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y que no serán cubiertos por el hospicio.
- El hospicio deberá proporcionarle este aviso dentro de 5 días, si solicita el formulario en la fecha de comienzo de los cuidados y dentro de 72 horas (3 días) si solicita el formulario durante el transcurso del cuidado de hospicio.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO en inglés)

En su calidad de beneficiario con Medicare, usted tiene derecho a contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para solicitar una Defensa inmediata si está en desacuerdo con cualquiera de las determinaciones del hospicio. La BFCC-QIO que provee servicios en su zona es:

Nombre de la BFCC-QIO: _____

BFCC-QIO Phone Number: _____

Firma del beneficiario: _____

Fecha de firma: _____

El beneficiario no puede firmar

Firma del representante: _____

Fecha de firma: _____