

Modelo de referencia de “Aviso al paciente sobre artículos, servicios y medicamentos de hospicio NO cubiertos”

Nombre del paciente:

Núm. de historia clínica del paciente:

Nombre de la agencia de hospicios: _____ Fecha de entrega: _____

Propósito de la emisión de este aviso

El propósito de este anexo es notificarle por escrito a usted, como beneficiario de Medicare que elige cuidados de hospicio (o representante del beneficiario), sobre aquellas condiciones, artículos, servicios y medicamentos que no estén cubiertos por el hospicio debido a que la agencia de hospicio determinó que no están relacionados con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas. Para elecciones de hospicio que comiencen el 1 de octubre de 2026 o después, el hospicio debe proporcionarle por escrito este aviso dentro de los primeros 5 días desde la fecha de inicio de su elección de hospicio. Su hospicio también debe incluir esta información junto con su declaración de elección para que esté disponible para usted (o su representante), sus proveedores no relacionados con cuidados paliativos y los contratistas de Medicare. Además, dentro de los 3 días posteriores a que el hospicio haga cualquier cambio en su plan de atención que afecte las determinaciones en el anexo, debe proporcionarle un anexo escrito actualizado a usted (o a su representante), si hay cambios en los artículos, servicios y medicamentos no cubiertos. El hospicio también debe presentar el anexo actualizado junto con su declaración de elección para que estos cambios se comuniquen a sus proveedores no relacionados con el hospicio y a los contratistas de Medicare.

Diagnósticos relacionados con la enfermedad terminal y afecciones relacionadas

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

Diagnósticos no relacionados con la enfermedad terminal y afecciones relacionadas

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

Artículos, servicios y medicamentos que la agencia de hospicio determine que no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas (estos artículos, servicios y medicamentos no estarán cubiertos por el beneficio de hospicio):

Artículos/Servicios/Medicamentos	Motivo de la no cobertura

Nota: La agencia del cuidado de hospicio toma la decisión respecto a si las afecciones, artículos, servicios y medicamentos están relacionados para cada paciente. Como beneficiario (o representante del beneficiario), usted debe compartir esta lista y la explicación clínica con otros profesionales de la salud a los que solicite artículos, servicios o medicamentos, no relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas para que le ayuden a tomar decisiones sobre el tratamiento. La agencia de hospicio debe explicar los motivos por los que no otorgará cobertura en un lenguaje que usted (o su representante) entienda.

Modelo de referencia de “Aviso al paciente sobre artículos, servicios y medicamentos de hospicio NO cubiertos”

Derecho a la defensa inmediata

Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para solicitar Defensa Inmediata si usted (o su representante) no está de acuerdo con la decisión de la agencia de hospicio sobre los artículos no cubiertos porque el hospicio debido a que dicha agencia ha determinado que no se relacionan con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas

Visite este sitio web para encontrar el BFCC-QIO de su zona: <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.

Nota: La “fecha de entrega” se define como el momento en que el beneficiario (o su representante) recibe un anexo (o sus actualizaciones), por escrito, dentro de los 5 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de la elección (o dentro de los 3 días siguientes a cualquier actualización realizada al plan de cuidados que afecte a las determinaciones del anexo), no es la fecha de la firma.

La firma de este aviso (o sus actualizaciones) representa solamente su reconocimiento de haber recibido el aviso (o sus actualizaciones) y no significa que esté de acuerdo con las determinaciones de la agencia de cuidado de hospicio.

Firma del beneficiario: _____

Firma del representante del beneficiario (si el beneficiario no puede firmar): _____

Fecha de la firma: _____