

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

[Ejemplo]

Nosotros, _____ [Escribir el nombre del HHA aquí] _____, su agencia de servicios de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ [Escribir cláusula apropiada] _____ los siguientes artículos y/o servicios:
[Describa los artículos y/o servicios afectados]

Explicación: [Describa la razón apropiada]

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (____) _____.

Los usuarios de TTY deben llamar al (____) _____.

Insertar:

Opción de texto para el casillero numero 1:

Usar cuando los artículos y/o servicios pueden ser provistos, pero que no serán pagados por Medicare.

o

Opción de texto para el casillero numero 2:

Usar cuando los artículos y/o servicios ya no serán provistos por problemas financieros (económicos) y/o otras razones.

o

Opción de texto para casillero numero 3:

Usar cuando las órdenes médicas reducen ciertos artículos y/o servicios.

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

[Ejemplo 1]

Nosotros, _____, su agencia de servicios de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (____) _____.

Los usuarios de TTY deben llamar al (____) _____.

El costo estimado de los artículos y/o servicios listados arriba es \$ _____.

Si usted tiene otro seguro, favor de ver numero 3 abajo.

Tiene tres opciones disponibles. Usted debe escoger solamente una de estas opciones marcando el casillero que aparece al lado de cada opción y luego firmar abajo:

- ☐ 1. Yo no quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso. Yo entiendo que no se me cobrará dinero y que no tengo derechos para apelar ya que no recibiré estos artículos y/o servicios.
- ☐ 2. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagarlos de mi propio bolsillo ya que no quiero presentar una reclamación a Medicare o cualquier otro seguro que tenga. También entiendo que no tengo derechos para apelar ya que no se presentará una reclamación a Medicare.
- ☐ 3. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagar de mi propio bolsillo los artículos y/o servicios en caso de que Medicare u otro seguro que tenga no pague. Enviar la reclamación a

(Favor de marcar un casillero ó ambos):

☐ Medicare

☐ mi otro seguro: _____

Atención: Si selecciona la opción numero 3 y presenta una reclamación a Medicare, usted recibirá un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) indicando la decisión oficial de Medicare sobre el pago. Si el MSN menciona que Medicare no pagará todo o parte de su reclamación, usted puede apelar la decisión que tomó Medicare siguiendo el proceso correcto que aparece en el MSN. Si no recibe un MSN para su reclamación, entonces debe llamar a Medicare al: 1-800-633-4227/ Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048. Quizá tenga que pagar el costo completo en el momento que reciba los artículos y/o servicios.

Si Medicare u otro seguro que tenga decide pagar por todos o parte de los artículos y/o servicios que usted ya pagó, usted debe recibir un reembolso por la cantidad apropiada.

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar piensa que Medicare no pagará por los artículos y/o servicios descritos en esta carta, y por lo tanto, yo escojo la opción indicada arriba.

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

[Ejemplo 2]

Nosotros, _____, su agencia de servicios de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (____) _____.

Los usuarios de TTY deben llamar al (____) _____.

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar decidió parar de proveer los artículos y/o servicios descritos en esta carta. La decisión de esta Agencia no afecta o cambia mi cobertura de Medicare u otra cobertura de seguro de salud que tenga. Yo no puedo apelar a Medicare ya que esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar no me proveerá más los artículos y/o servicios; sin embargo, yo puedo obtener dichos artículos y/o servicios de otra Agencia de Servicios de Salud en el Hogar.

Entienda que hay muchas maneras para encontrar otra Agencia de Servicios de Salud en el Hogar, esto incluye, llamando a su doctor quien originalmente ordenó este cuidado en la casa. Usted luego puede preguntar a la nueva Agencia de Servicios de Salud en el Hogar que le cobre a Medicare o a su otro seguro por los artículos y/o servicios que recibe de ellos.

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

[Ejemplo 3]

Nosotros, _____, su agencia de servicios de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (____) _____.

Los usuarios de TTY deben llamar al (____) _____.

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque mi médico cambió mis órdenes y por lo tanto, mi plan de servicio de salud en el hogar está cambiando. Esta Agencia de Servicios de Salud en Hogar me explicó que no me pueden proveer cuidado en el hogar sin órdenes médicas.

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.