

Notificación de Medicare de No-Cobertura

Nombre del Paciente: _____ Número de ID del Paciente: _____

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de _____

Los servicios terminarán el _____

-
- Su plan de Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de _____ que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
 - Después de esa fecha, usted quizás tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba.
-

Su derecho a apelar esta decisión

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare por estos servicios. Usted continuará recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión.
 - Si apela la decisión, el revisor independiente le pedirá su opinión, también analizará su historial médico y otra información relevante. Usted no tendrá que preparar un informe escrito, pero si lo desea puede hacerlo.
 - Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre el motivo por el cual la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá esta explicación después de que haya presentado su pedido de apelación.
 - Si decide apelar, y el revisor independiente coincide en que la cobertura de los servicios no debe continuar después de la fecha indicada arriba, ni Medicare ni su plan pagarán por dichos servicios a partir de esa fecha.
 - Si usted deja de recibir los servicios a partir de la fecha indicada arriba, podrá evitarse cualquier responsabilidad económica.
-

Cómo solicitar una apelación inmediata

- Debe presentar su solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés). La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud de apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero a más tardar para el mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- La QIO le notificará su decisión tan pronto como sea posible. Si usted está inscrito en el Medicare Original por lo general será a los dos días de la fecha de vigencia de este aviso. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO le informará su decisión para la fecha de vigencia de este aviso.
- Llame a su QIO **Livanta al: 787-520-5743**

Si desea más información sobre este aviso, consulte la página 2

Si se le ha pasado la fecha para solicitar una apelación inmediata. Podría tener otros derechos de apelación:

- Si tiene el Medicare Original: llame a la QIO mencionada en la página 1.
- Si tiene otro plan de salud de Medicare: llame al plan al número mencionado abajo.

Información para comunicarse con el plan: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o al TTY: 1-877-486-2048

Información para comunicarse con su plan:

Triple- S Advantage
Número libre de cargos 1-888-620-1919
TTY/TDD 1-866-620-2520
Celular 787-421-5134 (**fin de semana y días feriados**)

Información adicional (Opcional):

Por favor firme abajo para indicar que ha recibido esta notificación.

Se me ha informado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha indicada en este aviso, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO para apelar la decisión.

Firma del paciente o del representante

Fecha

AVISO INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad. Triple-S Advantage, Inc. no excluye a los individuos o los trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.



Triple-S Advantage, Inc.:

- Provee mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes en lenguaje de señas cualificados
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Provee servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, contacte a un Representante de Servicio de Triple S Advantage.

Si usted cree que Triple-S Advantage, Inc. no le ha provisto estos servicios o ha discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio
PO Box 11320
San Juan, PR 00922-1320
Teléfono 1-888-620-1919, TTY: 1-866-620-2520
Fax.787-993-3261, correo electrónico: TSACompliance@sssadvantage.com

Usted puede presentar su querella en persona, por correo, fax o e-mail. Si necesita ayuda para presentar su querella, nuestro Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querella por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica en su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de querella están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).