

**{Insert provider contact information here}**  
**Notificación de Medicare de Terminación de Cobertura**

**Nombre del Paciente:**

**Número de ID del Paciente:**

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de {insert type}  
Los servicios terminarán el **{insert effective date}**

---

- Su plan Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de {insert type} que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
  - Después de esa fecha, usted 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 de los 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 solicitársela a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla 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 informará su decisión lo más pronto posible, por lo general dos días después de la fecha de efectividad de esta notificación.
- Llame a su QIO al: {insert name and number of QIO} para apelar la decisión o si tiene preguntas.

**Si desea más información vea el reverso de esta página**

Otros derechos de apelación:

- Si se le pasa la fecha para solicitarle a su QIO una apelación inmediata, es posible que aún pueda solicitarle una apelación acelerada a su plan de salud de Medicare. Si su pedido no responde al criterio para una apelación acelerada, el plan considerará su solicitud como una apelación estándar. Para más información, consulte la Evidencia de Cobertura.
  - Comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o al TTY: 1-877-486-2048 para obtener más información sobre el proceso de apelación.
- 

Información para comunicarse con su plan:

---

---

---

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 esta notificación, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO para apelar la decisión.

---

Firma del paciente o del representante

---

Fecha