

Instrucciones sobre el aviso: Aviso de cambio de estado de Medicare

Página 1 del Aviso de cambio de estado de Medicare (MCSN en inglés)

El hospital debe completar los siguientes espacios en blanco. La información insertada puede estar escrita a máquina o a mano de manera legible en fuente de 12 puntos o equivalente.

Nombre del paciente:

Complete el nombre completo del paciente o adjunte la etiqueta del paciente.

Número de paciente:

El número de paciente puede ser un registro médico único u otro número de identificación emitido por el proveedor. Puede que no sea el número de Seguro Social ni ningún número emitido por Medicare asignado al beneficiario, como el MBI (identificador de beneficiario de Medicare) o el HICN (número de reclamo de seguro médico).

Página 2 del MCSN

Llame a la QIO que aparece en la página 1:

Inserte el nombre de QIO y el número de teléfono apropiados para el estado en el que se encuentra el hospital que proporciona el MCSN.

Explicación oral:

Al entregar el MCSN, los hospitales y CAH deben explicar el aviso y su contenido y responder todas las preguntas de los beneficiarios lo mejor que puedan.

Firma del Paciente o Representante:

Haga que el paciente o su representante firme el aviso para indicar que lo ha recibido y comprende su contenido. Si la firma de un representante no es legible, escriba el nombre del representante junto a la firma.

Fecha y hora:

Haga que el paciente o representante coloque la fecha y hora en que firmó el aviso.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-1308. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850.

