

{Ingresar información de contacto aquí}

Aviso detallado del alta

Fecha:

Nombre del paciente:

Número del paciente:

Este aviso provee una explicación detallada de los motivos por los cuales su hospital o plan de salud de Medicare ha determinado que se debería finalizar la cobertura de Medicare de su hospitalización. Este aviso no es la decisión sobre su apelación. La decisión sobre su apelación vendrá de su Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Hemos revisado su caso y decidido que se debería finalizar la cobertura de Medicare de su hospitalización.

- Los hechos que se utilizaron para tomar esta decisión:

- Una explicación detallada de los motivos por los cuales su hospitalización ya no será cubierto, y las normas y políticas específicas de Medicare que se utilizaron para tomar esta decisión:

- La política, disposición, o razón que se utilizó para tomar la decisión (solamente para planes de salud):

Si usted desea recibir una copia de las políticas o guías de cobertura que se utilizaron para tomar esta decisión, o una copia de los documentos que se enviaron a la QIO, llámenos al:
{ingresar el nombre y número de teléfono gratuito del hospital/plan de salud de Medicare}

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado.

Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938- 0692. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.