

Acct # _____
Med Rec # _____
Pt Name: _____
Date of Admission: _____
Physician: _____

**UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE
SOBRE SUS DERECHOS
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

**Center for Medicare and Medicaid Services
OMB #0938-0692**

COMO PACIENTE HOSPITALIZADO, USTED TIENE DERECHO A:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye los servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico así como los servicios que usted pueda requerir después de que le otorguen el alta, si así lo ordenara su médico/a. Usted tiene derecho a recibir información sobre estos servicios, saber quién se hará cargo del pago y dónde se los pueden brindar.
- Participar en cualquier decisión que se tome sobre su permanencia en el hospital y a saber quién la abonará.
- Informe cualquier inquietud que usted tenga sobre la calidad de la atención que se le proporciona a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO-Quality Improvement Organization) que se detalla a continuación: **MASSPRO – Teléfono 1-800-252-5533, TTY (dispositivo de comunicación para sordos y mudos): 1-800 439-2370.**

DERECHOS QUE LE CORRESPONDEN PARA EL ALTA (DISCHARGE) DE MEDICARE

Planificación de su Alta: Durante su permanencia en el hospital, el personal del hospital trabajará con usted para preparar su alta con seguridad y para disponer los servicios que usted pueda requerir una vez que deja el hospital. Cuando usted ya no requiera atención como paciente hospitalizado, su médico/a o el personal del hospital le informarán sobre la fecha planificada para las instrucciones de alta

Si usted considera que se le está dando el alta en forma anticipada:

- Usted puede plantear sus inquietudes al personal del hospital, a su médico/a y a su plan de servicios administrados (si pertenece a alguno).
- Asimismo, usted tiene derecho a una apelación, es decir, a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revise su caso. La QIO es un revisor externo contratado por Medicare para revisar su caso y decidir si usted está en condiciones de que se le dé el alta.
 - **Si desea apelar, debe contactarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) antes de la fecha en la que se planea el alta y antes de retirarse del hospital.**
 - Si procede de este modo, no deberá abonar los servicios recibidos durante el período de la apelación — excepto los gastos tales como copagos (copays) y deducibles (deductibles).
- Si usted no apelara, pero decidiera permanecer en el hospital más allá de la fecha planeada para el alta, deberá abonar todos los servicios que reciba después de esa fecha.
- **En la página 2, encontrará las instrucciones detalladas sobre cómo comunicarse con la QIO y cómo presentar una apelación.**

Para conversar con alguna persona del hospital sobre este aviso, comuníquese con _____.

Por favor, firme y ponga la fecha aquí como prueba que recibió este aviso y que comprende sus derechos.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

CMS-R-193 (approved 05/07)

3DCN

3DCN

PASOS PARA APELAR EL PLAN DE ALTA

PASO 1: Contáctese con QIO antes de la fecha en la que se planea el alta y antes de retirarse del hospital. Si procede de este modo, no deberá abonar los servicios recibidos durante el período de la apelación — excepto los gastos tales como copagos y deducibles.

- A continuación se detalla la información para contactarse con la QIO:

MassPRO

Teléfono: 1-800-252-5533, TTY: 1-800-439-2370

- La solicitud de apelación puede presentarse cualquier día de la semana. **Su apelación entra en vigencia en el momento en que usted habla con alguien o deja un mensaje.**
- Si necesita ayuda al hospital para contactarse con la QIO, solicítela al hospital.
- El nombre de este hospital es: _____.
- **PASO 2:** Usted recibirá un aviso detallado del hospital o de su plan “Medicare Advantage” u otro plan de Servicios Administrativos “managed care” de Medicare (si pertenece a alguno) explicándole las razones por las que ellos consideran que usted está en condiciones de ser dado/a de alta .
- **PASO 3:** La QIO le solicitará su opinión. Usted o su representante deberán estar disponibles para hablar con la QIO, en caso de que ésta así lo considere. Usted, o su representante, podrá entregar una declaración escrita a la QIO, pero no tiene obligación de hacerlo.
- **PASO 4:** La QIO revisará su historia clínica y otra información importante sobre su caso.
- **PASO 5:** La QIO le notificará la resolución tomada dentro del día siguiente al de haber recibido toda la información necesaria.
 - Si la QIO considera que usted no está en condiciones de recibir el alta , Medicare continuará cubriendo sus servicios hospitalarios.
 - Si la QIO considera que usted está en condiciones de recibir el alta , Medicare continuará cubriendo los servicios prestados hasta el mediodía del día posterior al día en que la Organización le notifica su resolución.

SI USTED NO PRESENTA LA APELACIÓN ANTES DE LA FECHA SEÑALADA, TIENE OTROS DERECHOS PARA APELAR:

- Aún puede solicitar a la QIO o a su plan (si pertenece a alguno) la revisión de su caso:
 - Si usted tiene “Original Medicare”: Llame a la QIO mencionada anteriormente.
 - Si usted pertenece a un plan de “Medicare Advantage” u a otro plan de Plan administrativo “managed care” de Medicare: Comuníquese con su plan.
- Si permanece en el hospital, éste podrá cobrarle todo servicio prestado después de la fecha de alta planificada.

Para obtener más información, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o al TTY: 1-877-486-2048.

Información Adicional:

Si usted no está de acuerdo con su plan de alta , su médico/a y el coordinador de planificación de altas del hospital deberán reunirse con usted a fin de desarrollar un plan satisfactorio. Si después de la reunión, aún no estuviera de acuerdo con el plan de alta, puede solicitar que la Massachusetts Department of Public Health’s Advocacy Office (Oficina de Defensa del Departamento de Salud Pública de Massachusetts) revise su plan y determine si es adecuado, llamando al 1-800-462-5540, que es atendido las 24 horas del día.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, las personas no están obligadas a responder a formularios que soliciten información a menos que éstos incluyan un número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) para este formulario es: 0938- 0692. El tiempo requerido para completar la información aquí solicitada se estima en 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo disponible para leer detalladamente las instrucciones, buscar los datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la información incluida. Si usted quiere hacer algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o desea presentar alguna sugerencia para mejorar este formulario, por favor, hágalo a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.