

<<IPA Logo>>

<<IPA Address>>

<<IPA Telephone number and TTY Number>> <<IPA Fax number>>
<<IPA Hours of Operation>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Aviso Detallado de Alta

Fecha: <Date>

Nombre del paciente: :<Member Name>
<Member ID>

Número del paciente:

Este aviso ofrece una explicación detallada de por qué su hospital o plan de salud de Medicare ha determinado que la cobertura de Medicare para su estadía en el hospital debe terminar. Este aviso no es la decisión sobre su apelación. La decisión sobre su apelación la tomará su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*).

Hemos revisado su caso y hemos decidido que la cobertura de Medicare de su estadía en el hospital debe terminar.

- Los hechos usados para tomar esta decisión:

- Explicación detallada de por qué su estadía en el hospital ya no está cubierta, y las reglas y normas específicas de cobertura de Medicare usadas para tomar esta decisión:

- Norma, disposición o fundamento del plan que se usó para tomar la decisión:

Si desea recibir una copia de la norma o de las pautas de cobertura que se usaron para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO, llámenos a:

Servicios para Miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP) al **1-877-273-IEHP (4347)**,

8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

De acuerdo con la Ley de Simplificación de los Procesos Administrativos (*Paperwork Reduction Act*) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1019. Se calcula que el tiempo que lleva completar esta recopilación de información es de 15 minutos por respuesta, en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo aproximado del tiempo 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.