

<<IPA Logo>>

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

## Aviso de No Cobertura de Medicare

Nombre del paciente: <Member Name>

Número del paciente: <IEHP Member ID>

Fecha de Vigencia en que Terminará la Cobertura de Sus Servicios  
<services> Actuales: <insert effective date>

- 
- Su proveedor o su plan de salud de Medicare ha determinado que Medicare probablemente no pagará sus servicios especializados actuales después de la fecha de vigencia indicada arriba.
  - Es posible que usted tenga que pagar todos los servicios que reciba después de la fecha de arriba.

---

### Su Derecho a Apelar Esta Decisión

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare de estos servicios. Sus servicios continuarán durante la apelación.
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor también examinará sus registros médicos u otra información pertinente. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
- Si decide apelar, usted y el revisor independiente recibirán una copia cada uno de la explicación detallada sobre por qué no debería continuar la cobertura de los servicios. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar una apelación.
- Si usted decide apelar, y el revisor independiente confirma que los servicios no deberían estar cubiertos después de la fecha de vigencia indicada arriba;
  - Ni Medicare ni su plan pagarán estos servicios después de esa fecha.
- Si usted interrumpe los servicios a más tardar en la fecha de vigencia indicada arriba, evitará una responsabilidad financiera.

---

### Cómo Solicitar una Apelación Inmediata

- Usted debe presentar una solicitud ante su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*). Una QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para revisar la decisión de poner fin a estos servicios.
- La solicitud de apelación inmediata se debe presentar lo antes posible, hasta el mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada más arriba.

**Consulte la página 2 de este aviso para obtener más información.**

- La QIO le notificará la decisión lo antes posible, generalmente dentro de los dos días posteriores a la fecha de vigencia de este aviso, si usted tiene Original Medicare. Si usted está inscrito/a en un plan de salud de Medicare, la QIO generalmente le notificará la decisión antes de la fecha de vigencia de este aviso.
- Llame a su QIO a: Livanta BFCC-QIO al 1-877-588-1123 (TTY/TDD: 1-855-887-6668) para apelar, o si tiene preguntas.

Si Deja Pasar la Fecha Límite para Solicitar una Apelación Inmediata, es Posible que Usted Tenga Otros Derechos de Apelación:

- Si tiene Original Medicare: Llame a la QIO que figura en la página 1.
- Si pertenece a un plan de salud de Medicare: Llame a su plan al número de abajo.

Información de Contacto del Plan:

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-4259  
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/TDD deben llamar al 1-800-718-IEHP (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.

---

Información Adicional (Opcional):

---

Por favor, firme abajo para indicar que recibió y entendió este aviso.

Me han notificado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha de vigencia indicada en este aviso y que puedo comunicarme con mi QIO para apelar esta decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha