



1087D

Notifier: _____

UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Nombre del paciente: _____ MRN: _____

SUS DERECHOS COMO PACIENTE HOSPITALIZADO:

- Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico. Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- Usted puede informar sus preocupaciones relativas a la calidad de la atención que recibe a su Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) que aparece en Livanta, www.BFCCQIOAREA5.com 1-877-588-1123. La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- Usted puede trabajar con el hospital para prepararse para el alta de manera segura y organizar los servicios que podría necesitar luego de salir del hospital. Cuando usted ya no necesite atención hospitalaria como paciente interno, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

SU DERECHO DE APELAR EL ALTA DEL HOSPITAL:

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica independiente e inmediata de la decisión de darle de alta. Si usted la hace, no tendrá que pagar por los servicios que reciba durante la apelación (salvo los cargos como copagos y deducibles).
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor además examinará sus expedientes médicos y/u otra información relevante. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si desea.
- Si decide apelar, usted y el revisor recibirán una copia de la explicación detallada indicando los motivos por los cuales la cobertura de la hospitalización no debería continuar. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar la apelación.
- Si la QIO determina que usted no está en condiciones para ser dado de alta, Medicare seguirá cubriendo los servicios hospitalarios.
- Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no deberían ser cubiertos más allá de la fecha del alta, ni Medicare ni su plan de salud de Medicare pagará por su hospitalización después del mediodía del día en que la QIO le notifique su decisión. Si usted pone fin a los servicios antes de dicho momento, evitará la responsabilidad económica.
- Si usted no apela, podría tener que pagar por los servicios que reciba más allá de la fecha del alta.

Vea la página 2 de este aviso para más información.

CMS-10065-IM (Exp. 12/31/2022)



Loma Linda University Children's Hospital
**AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE
ABOUT YOUR RIGHTS - SPANISH**

White - Chart Yellow - Patient

Page 1 of 2

PATIENT IDENTIFICATION

CÓMO SOLICITAR UNA APELACIÓN DEL ALTA DEL HOSPITAL

- Usted deberá presentar su solicitud a la QIO indicada arriba.
- Deberá hacer su solicitud de apelación lo antes posible, pero en la fecha prevista para el alta y antes de salir del hospital, a más tardar.
- La QIO le notificará de su decisión lo antes posible; por lo general, será un máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
- Llame a la QIO indicada en la Página 1 para apelar o si tiene preguntas.
Esta es la información para comunicarse con su QIO:
Livanta 1-877-588-1123 TTY/TDD 1-855-887-6668, Fax 1-855-694-2929
Correo electrónico de Livanta: www.BFCCQIOAREA5.com
BFCC-QIO Program, Area 5
9090 Junction Drive, Suite 10
Annapolis Junction, MD 20701

SI USTED PIERDE LA FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR LA APELACIÓN, ES POSIBLE QUE TENGA OTROS DERECHOS DE APELACIÓN:

- Si usted tiene Medicare Original: Llame a la QIO indicada en la Página 1.
- Si tiene un plan de salud de Medicare: Llame a su plan al:

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

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL):

Firme abajo para indicar que usted ha recibido y entendido este aviso.

Se me notificó de mis derechos como paciente hospitalizado y que podré comunicarme con mi QIO para apelar el alta.

Firma del paciente o representante

Fecha / Hora

AM/PM

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 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.

CMS-10065-IM (Exp. 12/31/2022)



Loma Linda University Children's Hospital
**AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE
ABOUT YOUR RIGHTS - SPANISH**

White - Chart Yellow - Patient

Page 2 of 2

PATIENT IDENTIFICATION