



Blue Cross Medicare AdvantageSM Plan

<Determinación de tratamientos MAPD>

<P.O. Box 660694>

<Dallas, TX 75266-0694>

Aviso de no cobertura de Medicare

Nombre del asegurado: <Nombre del asegurado>

Número de asegurado: <Número de asegurado>

La fecha de entrada en vigor de la cobertura de sus servicios vigentes de <atención médica a domicilio/atención de enfermería especializada/rehabilitación integral para pacientes ambulatorios/otros servicios> finalizará el: <insertar la fecha de entrada en vigor>

-
- Su prestador de servicios médicos de Medicare o la cobertura médica han determinado que es probable que Medicare no pague sus servicios vigentes de <atención médica a domicilio/atención de enfermería especializada/rehabilitación integral para pacientes ambulatorios/otros servicios> después de la fecha de entrada en vigor especificada anteriormente.
 - Es posible que deba pagar cualquier servicio que reciba después de dicha fecha.

Su derecho a apelar esta decisión

-
- Tiene derecho a una revisión médica (apelación) independiente e inmediata de la decisión de finalizar la cobertura de Medicare de estos servicios. Sus servicios continuarán durante la apelación.
 - Si elige apelar, el revisor independiente solicitará su opinión. El revisor también analizará sus expedientes médicos u otra información relevante. No es necesario que prepare nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
 - Si elige apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia con la explicación detallada del motivo por el que la cobertura de sus servicios no debe continuar. Solo recibirá este aviso detallado después de que solicite una apelación.
 - Si elige apelar y el revisor independiente determina que ya no debe recibir la cobertura de sus servicios después de la fecha de entrada en vigor especificada anteriormente,
 - ni Medicare ni su cobertura pagarán estos servicios después de dicha fecha.
 - Si deja de recibir los servicios antes de la fecha de entrada en vigor especificada anteriormente, no tendrá una responsabilidad financiera.

Cómo solicitar una apelación inmediata

-
- Debe presentar su solicitud a su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés). Una QIO es la revisora independiente autorizada por Medicare para revisar la decisión de finalizar estos servicios.
 - Debe presentar su solicitud de apelación inmediata lo antes posible, antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor especificada anteriormente.

Y0096_MAPDDSNPNOMNC2025_C

- La QIO le notificará su decisión lo antes posible, por lo general, antes de los dos días posteriores a la fecha de entrada en vigor de este aviso si tiene cobertura de Original Medicare. Si tiene una cobertura médica Medicare, por lo general, la QIO le notificará su decisión antes de la fecha de entrada en vigor de este aviso.

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

- Llame a su QIO al: <Para Montana, ingrese: Acentra Health: 1-888-317-0891; TTY: 711, para Nuevo México, Oklahoma, y Texas, ingrese: Acentra Health: 1-888-315-0636; TTY: 711; <Para Illinois, insertar: Livanta BFCC-QIO: 1-888-524-9900; TTY: 711> para realizar una apelación o si tiene preguntas.

Si no solicita una apelación inmediata antes de la fecha límite, podría tener otros derechos de apelación:

- Si tiene cobertura Original Medicare: Llame a la QIO que se menciona en la página 1.
- Si tiene una cobertura médica Medicare: Llame al número de su cobertura que se proporciona a continuación.

Información de contacto de la cobertura: <1-877-774-8592 (coberturas particulares)/1-877-299-1008 (coberturas de grupos de empleadores)/1-877-688-1813 (DSNP NM)/1-877-895-6437 (DSNP TX)/1-877-774-8592 (OK DSNP)>. Los usuarios de TTY deben llamar al <711>. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz)>.

Información adicional (opcional):

Firme a continuación para indicar que recibió y entendió este aviso.

Se me ha notificado que la cobertura de mis servicios finalizará en la fecha de entrada en vigor especificada en este aviso y que puedo apelar esta decisión comunicándome con mi QIO.

Firma del paciente o representante

Fecha

C.c.p.: <Nombre completo del prestador de servicios médicos>

<Dirección del prestador de servicios médicos>

<Ciudad del prestador de servicios médicos, estado del prestador de servicios médicos, código postal del prestador de servicios médicos>

<Nombre del centro>

<Dirección del centro>

<Ciudad, código postal del estado del centro>

<Nombre completo del médico de cabecera>

<Dirección del médico de cabecera>

<Ciudad del médico de cabecera, estado del médico de cabecera, código postal del médico de cabecera>

<Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura HMO en Nuevo México, las coberturas HMO y HMO-POS en Illinois, y las coberturas PPO en Illinois, Montana y Nuevo México. Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC) ofrece la cobertura HMO en Illinois. HCSC ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO Special Needs Plan en Nuevo México. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece las coberturas HMO, PPO y Dual Care HMO Special Needs Plan en Texas. HISC ofrece la cobertura PPO en Nuevo México. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO y PPO en Texas. HCSC ofrece todas las coberturas HMO y PPO como prestación laboral o a través de sindicatos. GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), ofrece la cobertura HMO en Oklahoma. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO en Oklahoma. HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Nuevo México. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y con el programa Medicaid de Oklahoma. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Texas. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.>