

Notice of Medicare Non-Coverage

Patient name: _____

Patient number: _____

The Effective Date Coverage of Your Current _____
Services Will End: _____

- Your Medicare provider and/or health plan have determined that Medicare probably will not pay for your current _____ services after the effective date indicated above.
 - You may have to pay for any services you receive after the above date.
-

Your Right to Appeal This Decision

- You have the right to an immediate, independent medical review (appeal) of the decision to end Medicare coverage of these services. Your services will continue during the appeal.
 - If you choose to appeal, the independent reviewer will ask for your opinion. The reviewer also will look at your medical records and/or other relevant information. You do not have to prepare anything in writing, but you have the right to do so if you wish.
 - If you choose to appeal, you and the independent reviewer will each receive a copy of the detailed explanation about why your coverage for services should not continue. You will receive this detailed notice only after you request an appeal.
 - If you choose to appeal, and the independent reviewer agrees services should no longer be covered after the effective date indicated above;
 - Neither Medicare nor your plan will pay for these services after that date.
 - If you stop services no later than the effective date indicated above, you will avoid financial liability.
-

How to Ask For an Immediate Appeal

- You must make your request to your Quality Improvement Organization (also known as a QIO). A QIO is the independent reviewer authorized by Medicare to review the decision to end these services.
- Your request for an immediate appeal should be made as soon as possible, but no later than noon of the day before the effective date indicated above.
- The QIO (Kepro) will notify you of its decision as soon as possible, generally no later than two days after the effective date of this notice if you are in Original Medicare. If you are in a Medicare health plan, the QIO (Kepro) generally will notify you of its decision by the effective date of this notice.
- Call your QIO at: Kepro (1-844-455-8708) to appeal, or if you have questions. Hearing/Speech impaired TDD/TTY 1-855-843-4776.

See page 2 of this notice for more information.

If You Miss The Deadline to Request An Immediate Appeal, You May Have Other Appeal Rights:

- If you have Original Medicare: Call the QIO listed on page 1.
- If you belong to a Medicare health plan: Call your plan at the number given below.

Plan contact information _____

Additional Information (Optional):

Please sign below to indicate you received and understood this notice.

I have been notified that coverage of my services will end on the effective date indicated on this notice and that I may appeal this decision by contacting my QIO (Kepro).

Beneficiary Helpline - 1-844-455-8708, TDD/TTY 1-855-843-4776, Fax 1-844-834-7129
5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900
Tampa, FL 33609
Attention: Beneficiary Complaints

Signature of Patient or Representative

Date

Notificación de Medicare de No-Cobertura

Nombre del Paciente: _____ Número de ID del Paciente: _____

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de _____
_____ Los servicios terminarán el _____

- Su plan de Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de _____ que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
- Después de esa fecha, usted quizás tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba.

Su derecho a apelar esta decisión

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare por estos servicios. Usted continuará recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión.
- Si apela la decisión, el revisor independiente le pedirá su opinión, también analizará su historial médico y otra información relevante. Usted no tendrá que preparar un informe escrito, pero si lo desea puede hacerlo.
- Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre el motivo por el cual la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá esta explicación después de que haya presentado su pedido de apelación.
- Si decide apelar, y el revisor independiente coincide en que la cobertura de los servicios no debe continuar después de la fecha indicada arriba, ni Medicare ni su plan pagarán por dichos servicios a partir de esa fecha.
- Si usted deja de recibir los servicios a partir de la fecha indicada arriba, podrá evitarse cualquier responsabilidad económica.

Cómo solicitar una apelación inmediata

- Debe presentar su solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés). La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud de apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero a más tardar para el mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- La QIO (Kepro) le notificará su decisión tan pronto como sea posible. Si usted está inscrito en el Medicare Original por lo general será a los dos días de la fecha de vigencia de este aviso. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO le informará su decisión para la fecha de vigencia de este aviso.
- Llame a su QIO al: Kepro (1-844-455-8708) para apelar la decisión o si tiene preguntas. Problemas Habla/Oído TDD/TTY 1-855-843-4776.

Si desea más información sobre este aviso, consulte la página 2.

Si se le ha pasado la fecha para solicitar una apelación inmediata. Podría tener otros derechos de apelación:

- Si tiene el Medicare Original: llame a la QIO mencionada en la página 1.
- Si tiene otro plan de salud de Medicare: llame al plan al número mencionado abajo.

Información para comunicarse con el plan: _____

Información adicional (Opcional):

Por favor firme abajo para indicar que ha recibido esta notificación.

Se me ha informado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha indicada en este aviso, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO (Keipro) para apelar la decisión.

Beneficiary Helpline - 1-844-455-8708, TDD/TTY 1-855-843-4776, Fax 1-844-834-7129

5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900

Tampa, FL 33609

Attention: Beneficiary Complaints

Firma del paciente o del representante

Fecha