

<<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 médica

---

Fecha: <Date>

Nombre del paciente: <Member Name>

Número del paciente: <Member ID>

---

Este aviso le da una explicación detallada de la razón por la cual su hospital o plan de salud de Medicare ha determinado que la cobertura de Medicare debe finalizar para su estadía en el hospital. Este aviso no es la decisión sobre su apelación. La decisión sobre su apelación provendrá de su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).

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

- A continuación se encuentra la información utilizada para tomar esta decisión:
  
- Explicación detallada de la razón por la cual su estadía hospitalaria ya no tiene más cobertura y las normas y políticas de cobertura específicas de Medicare que se utilizaron para tomar esta decisión:
  
- Política, disposición o las razones utilizadas para tomar la decisión:

**Si usted desea una copia de la política o las pautas de cobertura utilizadas para tomar esta decisión o una copia de los documentos enviados a la QIO, llame a:**

Servicios para Miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP) al **1-877-273-IEHP (4347)**, de 8am-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 contrato de Medicare. La inscripción de IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*

Usted tiene el derecho de recibir la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. Usted también tiene el derecho de presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a la recopilación de información a menos que se muestre un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. El tiempo requerido para llenar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones 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.