

## Instrucciones del formulario para el Aviso detallado del alta (DND) CMS-10066

El hospital o plan de salud de Medicare deberá entregar una copia cumplimentada de este aviso a los beneficiarios/afiliados al recibir la notificación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) informando que el beneficiario/afiliado ha apelado el alta del hospital. Se deberá proveer el DND al mediodía del día después de recibir la notificación de la QIO, a más tardar.

**Título:** Ingresar información de contacto aquí: Antes del título del formulario deberán aparecer el nombre, la dirección y el número de teléfono del hospital o del plan de salud de Medicare que entrega el aviso. No se requiere el logotipo registrado de la entidad, pero el uso de este es permitido.

**Fecha:** Ingrese la fecha en que el hospital o plan entrega el aviso.

**Nombre del paciente:** Ingrese los nombres y apellidos del beneficiario/afiliado.

**Número del paciente:** El número del paciente podría ser un expediente médico único u otro número de identificación emitido por el proveedor. No se permite el uso del número de Seguro Social, HICN, o cualquier otro número de Medicare del beneficiario, como el Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés).

**Punto # 1** Los hechos que se utilizaron para tomar esta decisión: Rellene la información específica del paciente que describe el funcionamiento y progreso actual del beneficiario/afiliado con respecto a los servicios que se le proveen. Use oraciones completas en lenguaje sencillo.

**Punto # 2** La explicación detallada de los motivos por los cuales los servicios ya no serán cubiertos. Rellene los motivos detallados y específicos al beneficiario por los cuales la hospitalización ya no es razonable o necesaria para el beneficiario/afiliado o ya no será cubierto según las pautas de Medicare. Describa las razones por las cuales la condición de beneficiario/afiliado no satisface estas pautas. Use oraciones completas en lenguaje sencillo.

**Punto # 3** (Solamente planes de salud de Medicare) La política, disposición, o razonamiento que se utilizó para casos en que se entrega el aviso al afiliado del plan de salud: Rellene con los motivos por los cuales los servicios ya no serán cubiertos según las guías de políticas del plan, si corresponde. Describa las razones por las cuales el afiliado no satisface estas pautas. Si el plan depende exclusivamente de las guías de cobertura de Medicare, explíquelo aquí. Use oraciones completas en lenguaje sencillo.

**Si desea una copia de la sección sobre políticas:** Si el hospital o plan de salud de Medicare no hubiera proporcionado las guías o la política de Medicare que se usó para decidir la fecha del alta, informe al beneficiario/afiliado cómo y dónde puede obtener la política. Proporcione el nombre del hospital/plan y el número de teléfono gratuito que los beneficiarios/afiliados pueden llamar para obtener una copia de los documentos relevantes que se enviaron a la QIO.

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- 1019. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 60 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.