



Declaración de elección de Medicare

Medicare # 111507

Yo, _____ (Nombre del beneficiario de Medicare en la tarjeta) _____ (Medicare #),

he leído y recibido explicaciones escritas y verbales sobre el beneficio de servicios de atención para pacientes terminales de Medicare y el cuidado de los pacientes terminales como se explica en el consentimiento para la atención.

Entiendo las siguientes explicaciones del beneficio de servicios de atención para pacientes terminales de Medicare:

1. WellStar Community Hospice recibirá el pago por mi atención, relacionada con mi enfermedad terminal.
 - a. Entiendo el propósito del centro de atención para pacientes terminales y que el tratamiento es principalmente paliativo en lugar de curativo.
 - b. Medicare seguirá pagando a mi médico tratante independiente por los servicios si mi médico no es un empleado del centro de atención para pacientes terminales y/o no recibe pago de WellStar Community Hospice.
 - c. Renuncio a mis derechos a los beneficios de Medicare relacionados con mi enfermedad terminal mientras estoy inscrito en el programa de servicios de atención para pacientes terminales de Medicare
 - d. Soy responsable del costo de la atención de mi enfermedad terminal si busco atención más allá de lo que el equipo interdisciplinario del centro de atención para pacientes terminales considera médicamente necesario y que está documentado en mi plan de atención.
2. Puedo cambiar de un programa de atención para pacientes terminales a otro, si así lo deseo. Para cambiar de programa, confirmaré primero que puedo ser admitido en otro centro de atención para pacientes terminales y luego informaré a WellStar Community Hospice de mis deseos para que se puedan hacer los arreglos para la transferencia. Especificaré una fecha para interrumpir la atención de WellStar Community Hospice, el nombre del programa de atención para pacientes terminales en el que deseo recibir atención y la fecha en que comenzará la atención. Al cambiarme a otro programa de atención para pacientes terminales, no perderé ningún día de beneficios. Puedo cambiar de centro solo una vez durante cada período de beneficios.
3. El programa de atención para pacientes terminales de Medicare consta de dos períodos de 90 días y períodos ilimitados de 60 días si no se producen revocaciones o altas. Usaré los períodos de beneficios en el orden anterior.
4. Puedo interrumpir el cuidado para pacientes terminales en cualquier momento completando una declaración de revocación. Si revoco durante un período de beneficios, pierdo los días restantes en ese período de beneficios. (Ejemplo: si revoco los cuidados para pacientes terminales en el décimo día del primer período de beneficios de 90 días, renuncio a los 80 días restantes de cobertura). Sin embargo, puedo ser reelegido en cualquier momento cuando sea elegible.
5. Entiendo que si WellStar Community Hospice ha determinado que Medicare no pagará los servicios actuales del programa de atención para pacientes terminales, recibiré un formulario de Notificación de no cobertura del proveedor de Medicare en no menos de 14 días antes del alta, según las regulaciones 290-9-43.14 de GA. (4) (c) 2 y las regulaciones federales 418.26. Entiendo que tengo derecho a una revisión médica inmediata e independiente (apelación), mientras continúen mis servicios, con respecto a la decisión de finalizar la cobertura de Medicare de los servicios de atención para pacientes terminales. Mi solicitud de apelación debe realizarse lo antes posible, pero a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la no cobertura indicada en el Aviso recibido de WellStar Community Hospice. Puede comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en Inglés) de Georgia al (404) 982-0411, o www.gmcf.org, TTY 1-877-486-2048.
6. Nombre del médico tratante designado por el paciente _____

Elijo el beneficio de servicio de atención para pacientes terminales de Medicare y reconozco que el médico tratante mencionado anteriormente es mi elección.

Se hace efectivo el _____
Fecha Hora

Firma del Beneficiario _____

O

Firma del Representante del Beneficiario _____
Fecha Hora

Firma del Representante del Centro de atención para pacientes terminales _____
Fecha Hora