

2.- SAMPLE PROVIDER NOTICE TO BENEFICIARY REGARDING SERVICE(S) LIKELY TO BE DENIED PAYMENT

Muestra de la Notificación al Beneficiario acerca de los servicios que posiblemente no sean pagados por la compañía de seguros

Nombre del Beneficiario: _____ # de Identificación de beneficiario: _____

Notificación del Médico / Proveedor al Beneficiario

Medicare, bajo la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare, así como las compañías de seguros privadas, pagarán solamente los servicios que se determinen que son “razonables y necesarios”. Si Medicare o una compañía de seguros privada, determina que cierto servicio, aunque podría ser cubierto, no es “razonable y necesario”, bajo la ley de Medicare, o bajo los reglamentos de la compañía de seguros privada, la compañía de seguros negará el pago por el servicio. En mi opinión, en su caso [insertar el nombre de la compañía-**insert insurance name**] probablemente le negará el pago de el/ los siguiente(s) servicios por las siguientes razones:

Descripción del Servicio	Razón por la que se niega el pago
Tratamiento de Vena Varicosa	No hay inflamación u otros síntomas
Tratamientos de Venas De Araña	Naturaleza Cosmética
Ultrasonido	Solo se permite 1 en un periodo de 12 Meses
Procedimiento VNUS Closure	Se le considera ser in Procedimiento en Investigación
Procedimiento VNUS Closure	No es un tratamiento conservador o tradicional

El motivo de esta forma es para ayudarle a tomar una decisión con toda la información pertinente para que pueda decidir a sabiendas de que es posible que usted tenga que pagar el costo. Antes de tomar una decisión acerca de sus opciones, debe de leer esta notificación en su totalidad, y muy cuidadosamente.

>Pídanos que le demos una explicación si no entiende el por qué Medicare o [insertar el nombre de la compañía de seguros] probablemente no pague.

>Pregúntenos cuál va a ser el costo de estos servicios (costo estimado \$_____) in caso de que usted tenga que pagar, o que tenga que hacerlo por medio de otra compañía de seguros.

FAVOR DE SELECCIONAR UNA OPCIÓN:

Opción 1. SI. Quiero recibir los siguientes servicios:

Entiendo que Medicare [inserte compañía de seguros privada-**insert private insurer name**] no decidirá si paga o no hasta que yo reciba estos servicios. Favor de presentar mi petición de pago a Medicare [insertar compañía de seguros privada-**insert private insurer name**]. Entiendo que es posible tal vez yo reciba la cuenta directamente de ustedes y que es posible que yo tenga que pagar la cuenta mientras que Medicare o [inserte compañía de seguros privada] toma una decisión. Si Medicare o [insertar compañía de seguros privada] paga por el costo del procedimiento, se me reembolsará la cantidad que les haya pagado y a la que yo tenga derecho. Si Medicare o [inserte compañía de seguros privada-**insert private insurer name**] niega el pago, seré completa y personalmente responsable por el pago. Esto quiere decir que yo personalmente realizaré el pago, ya sea de mi propio bolsillo, o por medio de cualquier otro seguro médico que tenga. Entiendo puedo apelar la decisión de Medicare o [insertar el nombre de la compañía de seguros privada].

Opción 2. NO. He decidido no recibir estos servicios

No recibiré estos servicios. Entiendo que ustedes no podrán presentar una petición de pago a o [inserte compañía de seguros privada-**insert private insurer name**] y que no podré apelar su opinión acerca de si Medicare o [inserte compañía de seguros privada-**insert private insurer name**] no pagará.

Nombre del Paciente

Fecha