



6345 Balboa Blvd., Suite 315
Encino, CA 91316
Teléfono 24 horas: 818.774.3040 • Fax: 818.774.3089
www.skirballhospice.org

ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE HOSPICIO

ELECCIÓN DE HOSPICIO: Como beneficiario de la Parte A de Medicare, de Medi-Cal o como beneficiario de un seguro comercial, yo elijo a SKIRBALL HOSPICE como mi único proveedor de cuidados de hospicio a partir de (fecha) _____.

(Nota: La fecha de inicio de los cuidados, también conocida como la fecha efectiva de la elección, puede ser el primer día de los cuidados de hospicio o una fecha posterior, pero no puede ser anterior a la fecha de la declaración de elección. No se puede designar una fecha de entrada en vigor que sea retroactiva.)

DERECHO A ELEGIR UN MÉDICO DE CABECERA: Entiendo que tengo derecho a elegir a mi médico de cabecera para que supervise mis cuidados. Mi médico tratante trabajará en colaboración con el hospicio para proporcionar atención relacionada con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas.

- No deseo elegir un médico de cabecera (se asignará un médico de cuidados de hospicio para supervisar mis cuidados)
- Reconozco que mi elección de médico tratante es:

Nombre del médico

NPI (si lo conoce)

Dirección de consultorio

Número de teléfono

FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS DE HOSPICIO Y COBERTURA DE LOS MISMOS

Al elegir los cuidados de hospicio bajo los beneficios de hospicio, reconozco que:

- Se me ha explicado y comprendo perfectamente el propósito de los cuidados de hospicio, incluido el hecho de que la naturaleza de los cuidados de hospicio es aliviar el dolor y otros síntomas relacionados con mi enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, y que dichos cuidados no estarán dirigidos a la curación. El objetivo de los cuidados de hospicio es proporcionar comodidad y apoyo tanto a mí como a mi familia/cuidadores.
- Se me proporcionó información sobre los artículos, servicios y medicamentos que el hospicio cubrirá y suministrará cuando yo elija recibir cuidados de hospicio.
- Se me proporcionó información sobre la posible participación en los costos de determinados servicios de cuidados de hospicio, si aplica.
- Entiendo que al elegir los cuidados de hospicio bajo la prestación de hospicio de Medicare/Medi-Cal, renuncio al derecho a los pagos de Medicare/Medi-Cal por artículos, servicios y medicamentos relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Esto significa que, mientras esta elección esté en vigor, Medicare realizará los pagos por la atención relacionada con mi enfermedad terminal y las condiciones relacionadas solo al hospicio designado y al médico tratante que he seleccionado.
- Entiendo que los artículos, servicios y medicamentos no relacionados con mi diagnóstico terminal y las condiciones relacionadas son excepcionales e inusuales y, en general, el hospicio proporcionará prácticamente toda mi atención mientras estoy bajo una elección de hospicio. Sin embargo, todas las decisiones de cobertura o no cobertura son tomadas por el médico del hospicio y la evaluación del IDT de las necesidades médicas. Los artículos, servicios y medicamentos que se determinen como no relacionados con mi enfermedad terminal y las condiciones relacionadas siguen siendo elegibles para la cobertura de Medicare bajo beneficios separados.

- Entiendo que puede haber algunos artículos, servicios y medicamentos que ya no son médicamente apropiados para mi cuidado y que el hospicio revisará la interrupción de estos artículos conmigo.

DERECHO A SOLICITAR LA NOTIFICACIÓN AL PACIENTE DE MEDICARE DE LOS ARTÍCULOS, SERVICIOS Y MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS POR EL HOSPICIO (SÓLO PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE):

Entiendo que, como beneficiario de Medicare que elige los cuidados de hospicio, tengo derecho a solicitar en cualquier momento, por escrito, el suplemento "Notificación al paciente sobre artículos, servicios y medicamentos no cubiertos por el hospicio", apéndice que anota las condiciones, artículos, servicios y medicamentos que el hospicio ha determinado que no están relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y que no serán cubiertos por el hospicio. El hospicio proporcionará esta notificación en un plazo de 5 días, si se solicita en la fecha de inicio de los cuidados, y dentro de un plazo de 3 días si se solicita durante el transcurso de los cuidados de hospicio.

ORGANIZACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL BENEFICIARIO Y LA FAMILIA (BFCC-QIO)

Entiendo que, como beneficiario de un hospicio de Medicare, tengo derecho a ponerme en contacto con la organización de calidad de la atención centrada en el beneficiario y la familia (BFCC-QIO) para solicitar una defensa inmediata si no estoy de acuerdo con alguna de las determinaciones del hospicio. La BFCC-QIO que presta servicios en su zona es Livanta (877) 588 - 1123, (885) 887-6668 TTY.

ACUSE DE RECIBO

Reconozco y acepto los términos y condiciones aquí descritos:

Firma del paciente o de su representante	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Si el paciente no puede firmar, indique el motivo: _____

Nombre del representante legal (si aplica): _____

Dirección del representante legal (si aplica): _____

Nombre/credencial del representante del hospicio	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del paciente (Apellido, Nombre)	MR#
--	-----