

Discharge

CHECKLIST

PATIENT
NAME _____

№	TO DO	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Start discharge discussion with family 30-45 days in advance of DC	<input type="checkbox"/>
2	Send Referral to both Home Health and Palliative Intakes	<input type="checkbox"/>
3	Get PCP Contact Info from (HH or Palliative) provide to family if needed	<input type="checkbox"/>
4	Complete NOMNC and review plan after discharge (Palliative vs Home Health)	<input type="checkbox"/>
5	Complete DME Form and email to Haven/BV Providers with DC Summary	<input type="checkbox"/>
6	Provide resources for purchasing DME (Amazon or ASAP)	<input type="checkbox"/>
7	Schedule NP visit for DME (Hospital Bed and Oxygen)	<input type="checkbox"/>
8	A day or more prior to discharge, email Haven/BV orders for DME pick up	<input type="checkbox"/>
9	SNF Patients: Update Care Plan and Medication list as needed before DC	<input type="checkbox"/>
10	Schedule PCP appointment after hospice discharge	<input type="checkbox"/>
11	Order 30 day supply of Medication prior to discharge	<input type="checkbox"/>
12	Day after discharge: Complete Discharge Summary	<input type="checkbox"/>

Hospice Discharge - Equipment Pick up Protocol

Patient Name: _____

Discharge Date: _____

Hospice equipment is the property of the Hospice's contracted vendor. Equipment provided to patients on hospice must be returned at discharge. We understand some patients will need equipment after discharge. Hospice will permit essential equipment to remain in home for 60 days after discharge pending equipment will be approved by insurance. All other equipment will be returned at discharge. Any equipment denied by insurance must be returned immediately.

If equipment is not returned either initially or within 60 days, patient/family will be responsible for any rental or lost equipment fees. Hospice is not responsible for lost equipment.

DME to transfer to insurance/leave in home

Needed to Qualify

Hospital Bed, Mattress & Cover & Rails	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	Bedbound, unable to reposition independently, required positioning assistance for optimal breathing
Oxygen Concentrator, Tanks & Supplies	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	document O2 saturation of 88% on room air
Hand Held Nebulizer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	For pulmonary patients only: shortness of breath, wheezing

****No other equipment may be left in the home. Can purchase from Amazon or rent from ASAP Pharmacy.***

Care after Hospice (Pall, Home Health, PCP): _____

If going back to PCP, date of PCP appointment: _____

Signature below acknowledges the above policy and that all equipment will be return to hospice.

Pt/DPOA Name _____

Pt/DPOA
Signature _____

Date: _____

Hospice Rep
Name: _____

Date: _____

Notificación de Medicare de No-Cobertura

Nombre del Paciente:

Número de ID del Paciente:

La fecha en que comenzó la cobertura de los servicios de
Los servicios terminarán el

- Su plan de Medicare o su proveedor ha determinado que Medicare probablemente no pagará por los servicios de {insert type} que usted está recibiendo, a partir de la fecha indicada arriba.
 - Después de esa fecha, usted quizás tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba.
-

Su derecho a apelar esta decisión

- Usted tiene derecho a una revisión médica (apelación) inmediata e independiente de la decisión de terminar la cobertura de Medicare por estos servicios. Usted continuará recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión.
 - Si apela la decisión, el revisor independiente le pedirá su opinión, también analizará su historial médico y otra información relevante. Usted no tendrá que preparar un informe escrito, pero si lo desea puede hacerlo.
 - Si decide apelar, tanto usted como el revisor independiente recibirán una copia de la explicación detallada sobre el motivo por el cual la cobertura de los servicios no debe continuar. Usted recibirá esta explicación después de que haya presentado su pedido de apelación.
 - Si decide apelar, y el revisor independiente coincide en que la cobertura de los servicios no debe continuar después de la fecha indicada arriba, ni Medicare ni su plan pagarán por dichos servicios a partir de esa fecha.
 - Si usted deja de recibir los servicios a partir de la fecha indicada arriba, podrá evitarse cualquier responsabilidad económica.
-

Cómo solicitar una apelación inmediata

- Debe presentar su solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés). La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión de terminar estos servicios.
- Su solicitud de apelación inmediata debe hacerse tan pronto sea posible, pero a más tardar para el mediodía del día antes de la fecha de efectividad indicada arriba.
- La QIO le notificará su decisión tan pronto como sea posible. Si usted está inscrito en el Medicare Original por lo general será a los dos días de la fecha de vigencia de este aviso. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, la QIO le informará su decisión para la fecha de vigencia de este aviso.
- Llame a su QIO al: 877-588-1123 para apelar la decisión o si tiene preguntas.

Si desea más información sobre este aviso, consulte la página 2.

Si se le ha pasado la fecha para solicitar una apelación inmediata. Podría tener otros derechos de apelación:

- Si tiene el Medicare Original: llame a la QIO mencionada en la página 1.
- Si tiene otro plan de salud de Medicare: llame al plan al número mencionado abajo.

Información para comunicarse con el plan: _____

Información adicional (Opcional):

Por favor firme abajo para indicar que ha recibido esta notificación.

Se me ha informado que la cobertura de mis servicios terminará en la fecha indicada en este aviso, y que puedo ponerme en contacto con mi QIO para apelar la decisión.

Firma del paciente o del representante

Fecha