

WISCONSIN MEDICAID
ELECCIÓN DE BENEFICIO DE HOSPICIO PARA MIEMBROS DE 21 AÑOS O MÁS
ELECTION OF HOSPICE BENEFIT FOR MEMBERS 21 AND OLDER

ForwardHealth requiere de cierta información para permitir al programa que autorice y pague por los servicios médicos proporcionados a miembros elegibles.

Los miembros de *ForwardHealth* requieren dar a sus proveedores información completa, correcta, y veraz para la presentación de reclamos correctos y completos con fines de reembolso. Esta información debe incluir, pero no estar limitada a, información con relación al estatus de inscripción, nombre exacto, dirección, y número de identificación del miembro, Wis. Admin. Code § DHS 104.02(4).

Bajo Wis. Stat. § 49.45(4), la información personal identificable sobre los solicitantes y miembros del programa es confidencial y se utiliza para los propósitos directamente relacionados con la administración tales como la determinación de elegibilidad del solicitante o el procesamiento de reclamos del proveedor para reembolsos. La falta a proveer la información solicitada a través del formulario puede resultar en la denegación de pago de los servicios.

Suministrar la información solicitada en este formulario es obligatorio; sin embargo, el uso de esta versión del formulario es voluntario. Los proveedores pueden desarrollar su propia versión de este formulario siempre y cuando incluyan toda la información que se encuentra en este formulario.

Los beneficios de hospicios son servicios cubiertos para miembros inscritos en el *Medicaid* de Wisconsin o en el *BadgerCare Plus*.

Instrucciones: Escriba claramente a maquina o en letra de molde. Guarde esta información en el archivo del miembro; *no la envíe a ForwardHealth*.

Nombre — Miembro	Nombre — Hospicio	Identificador del Proveedor Nacional de Hospicio (<i>Hospice's National Provider Identifier</i>)
Nombre — Médico de Cabecera		Fecha de Inicio de Servicios de Hospicio

Yo, el miembro nombrado anteriormente, opto por recibir cuidado de hospicio del programa de hospicio mencionado arriba. Reconozco y entiendo lo siguiente:

- El programa de hospicio es paliativo, no curativo, en sus objetivos. Esto quiere decir que el programa no intenta curar la enfermedad pero se enfatiza en aliviar los síntomas tales como el dolor, molestia física, y el estrés emocional que puede acompañar a una enfermedad que amenace la vida.
- Al optar por los beneficios de hospicio de *Medicaid*, estoy de acuerdo con recibir la mayoría de los servicios del hospicio y del médico del hospicio que yo designe anteriormente.
- Puedo optar por discontinuar el cuidado de hospicio en cualquier momento. Para discontinuar, debo completar una declaración de revocación. Puedo obtener esta declaración con el coordinador del hospicio.
- Si decido retirar mi beneficio de hospicio de *Medicaid*, entiendo que puedo re-elegir el cuidado de hospicio más adelante.
- Puedo optar por recibir cuidado de hospicio proveniente de otro programa de hospicio en cualquier momento. Para cambiar de programa, primero debo confirmar que el hospicio al cual deseo ser admitido me puede admitir y en qué fecha. Debo informar a mi programa de hospicio actual sobre mis deseos para que se puedan hacer los arreglos de traslado. Debo documentar la fecha en que deseo dejar el cuidado de mi hospicio actual, el nombre del hospicio del que deseo recibir cuidado, y la fecha que en se iniciará el cuidado.

Por medio al reconocimiento y entendimiento de lo anteriormente expuesto, autorizo al hospicio nombrado arriba a comenzar a proveer los servicios cubiertos por *Medicaid* en la fecha indicada anteriormente. Designo al médico nombrado arriba como mi médico de cabecera.

FIRMA — Miembro o Representante Legal		Fecha de la Firma
FIRMA — Testigo	Nombre — Testigo	Fecha de la Firma