# {Insert contact information here}

# Explicación detallada de no cobertura

 Fecha:

 Nombre del paciente: Número del paciente:

Este aviso le da una explicación detallada de por qué su proveedor de Medicare y/o plan de salud han determinado que la cobertura de Medicare para sus servicios actuales debe terminar. ***Este aviso no es una decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación vendrá de su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).

**Hemos revisado su caso y decidido que la cobertura de Medicare de sus servicios {insert type of services} actuales debe terminar.**

• Los hechos utilizados para tomar esta decisión:

 • Explicación detallada de por qué sus servicios actuales ya no están cubiertos, y las reglas específicas de cobertura de Medicare y la política utilizada para tomar esta decisión:

• Política del plan, disposición, o justificación utilizados en la toma de la decisión (planes de salud únicamente):

Si le gustaría obtener una copia de la política o lineamientos de cobertura utilizados para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO, llámenos al: {insert provider/plan toll-free telephone number}