[Insert contact information here]

# Explicación detallada del rechazo de cobertura

 Fecha:

 Nombre del/de la paciente: Número de paciente:

Este aviso explica por qué su proveedor o plan de salud decidieron que la cobertura de Medicare para sus servicios actuales debía terminar. ***Este aviso no es la decisión sobre su apelación.***La decisión sobre su apelación la tomará la Organización de Mejora de la Calidad (QIO).

**Por qué sus servicios ya no están cubiertos**

Revisamos su caso y decidimos que debía terminar la cobertura de Medicare de sus servicios de {insert type}.

• Información utilizada para tomar esta decisión:

 • Explicación detallada de por qué sus servicios ya no están cubiertos y las normas de cobertura de Medicare utilizadas para tomar esta decisión:

• Política específica del plan utilizada para tomar la decisión (solo planes de salud):

Para obtener una copia de las normas o pautas utilizadas para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO, llámenos al: [insert provider/plan toll-free telephone number].