

Insert logo here

EXPLICACION DETALLADA DE NO COBERTURA

Fecha:

Nombre del paciente:

Número de Identificación del paciente:

Este aviso le explica en detalle la razón por la cual el Plan de Salud de Medicare o el proveedor ha determinado que la cobertura de Medicare de sus servicios (insert type) actuales debe terminar. ***Este aviso no es una decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación la determinará una Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO).

Hemos evaluado su caso y decidido que la cobertura de Medicare de sus servicios (insert type) actuales debe terminar.

- **Los hechos en los que nos basamos para tomar dicha decisión:**

- **Explicación detallada sobre los motivos por los que los servicios actuales ya no serán cubiertos por su plan, y las normas de cobertura y políticas de Medicare específicas en las que nos basamos para tomar la decisión:**

- **{Insert plan} política, reglamentación o premisa en la que basamos nuestra decisión:**

Si desea una copia de la política, reglas o directrices sobre cobertura utilizada para tomar la decisión, o una copia del documento enviado a la QIO, llame al {insert plan or provider telephone number}: