

Insert contact information here

Explicación Detallada de Terminación de la Cobertura

Fecha:

Nombre del paciente:

Número de identificación del paciente:

Este aviso le brinda una explicación detallada del motivo por el cual, su plan de salud de Medicare y/o su proveedor han determinado que la cobertura de Medicare de su servicios debe terminar. ***Esta notificación no es la decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación provendrá de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla en inglés).

Hemos evaluado su caso y decidimos que la cobertura de Medicare de su servicios {insert type} actuales debe terminar.

• **Para tomar esta decisión nos hemos basado en:**

• **Explicación detallada del motivo por el cual sus servicios actuales ya no serán cubiertos por su plan, y sobre las normas y política de Medicare utilizadas para tomar esta decisión:**

• **Política, normas y razón del plan utilizadas para tomar la decisión:**

Si desea una copia de la política o normas usadas para tomar la decisión, o una copia de los documentos que se enviaron a la QIO, llámenos al: {insert plan telephone number}