

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 sus servicios deben 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 revisado su caso y decidimos que la cobertura de Medicare de sus servicios {insert type} actuales deben 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 pólizas de Medicare utilizadas para tomar esta decisión:**

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

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