

{Insert contact information here}

## Explicación detallada de no cobertura

---

Fecha:

Nombre del paciente:

Número del paciente:

---

Este aviso explica por qué su proveedor y/o plan de salud decidió que debe finalizar la cobertura de Medicare para sus servicios actuales. ***Este aviso no es la decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación vendrá de su Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

### Por qué sus servicios ya no están cubiertos

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

- **Los hechos que se utilizaron para tomar esta decisión:**

- **Una explicación detallada de los motivos por los que sus servicios ya no están cubiertos y las reglas de cobertura de Medicare utilizadas para tomar esta decisión:**

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

Para obtener una copia de las reglas o directrices usadas para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO, llámenos al {insert provider/plan toll-free telephone number}.

Usted tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como impresa en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.