

Insert contact information here

Explicación Detallada No-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. **Este aviso no es la decisión sobre su apelación.** Usted recibirá la decisión sobre su apelación de la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés).

Hemos revisado su caso y decidimos que la cobertura actual de Medicare de sus servicios de {insert type}, deben terminar.

- **Para tomar esta decisión nos hemos basado en:**
- **Explicación detallada del motivo por el cual sus servicios actuales ya no serán cubiertos y sobre las normas o pólizas de cobertura utilizadas para tomar esta decisión:**
- **Pólizas, normas y razón del plan utilizadas para tomar esta decisión (planes de salud solamente):**

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

Formulario de CMS-10124-DENC (SP) (12/31/2011) Número de aprobación de OMB No. 0938–0953