# Explicación Detallada de No Cobertura

Fecha:

Nombre del paciente: Número del paciente:

Este aviso ofrece una explicación detallada de por qué su proveedor o plan de salud de Medicare ha determinado que la cobertura de Medicare para sus servicios actuales debe terminar. ***Este aviso no es la decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación la tomará su Organización para el Mejoramiento de la Calidad *(Quality Improvement Organization, QIO)*.

**Hemos revisado su caso y hemos decidido que la cobertura de Medicare de sus servicios <services> actuales debe terminar.**

• Los hechos usados para tomar esta decisión:

• Explicación detallada de por qué sus servicios actuales ya no están cubiertos, y las reglas y normas específicas de cobertura de Medicare usadas para tomar esta decisión:

• Norma, disposición o fundamento del plan que se usó para tomar la decisión (solamente planes de salud):

Si desea recibir una copia de la norma o de las pautas de cobertura que se usaron para tomar esta decisión, o una copia de los documentos enviados a la QIO*,* por favor llámenos a: <<IPA>> al **<<IPA Phone Number>>**, <<Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al **<<TTY Number>>**.

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*