

<<Member Name>>  
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>  
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

## 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.*