

[Insert the sending entity's logo and contact information]

Explicación Detallada No-Cobertura

Fecha: <Date>

Nombre del paciente: <Member Name> Número de identificación del paciente: <Member ID>

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: IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) al 1-877-273-IEHP (4347), 8 a.m. - 8 p.m. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos días festivos. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene un contrato con ambos Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.