[Insert contact information here]

# 비보장에 대한 자세한 설명

 날짜:

 환자 이름: 환자 번호: I

본 통지는 귀하의 서비스 제공자 및/또는 건강 플랜이 귀하의 현재 서비스에 대한 Medicare 보장을 종료하기로 결정한 이유를 설명합니다. ***본 통지는 귀하의 이의 제기에 대한 결정문이 아닙니다.*** 귀하의 이의 제기에 대한 결정은 품질 개선 기관(QIO)에서 통지할 것입니다.

**귀하의 서비스가 더 이상 보장되지 않는 이유**

저희는 귀하의 사례를 검토하고 귀하의 {insert type} 서비스에 대한 Medicare 보장이 종료되어야 한다고 결정하였습니다.

• 이러한 결정을 내린 데 사용된 근거는 다음과 같습니다.

 • 서비스가 더 이상 보장되지 않는 이유에 대한 자세한 설명과 이러한 결정을 내리는 데 사용된 Medicare 보장 규칙:

•결정을 내리는 데 사용된 특정 플랜 정책(건강 플랜만 해당):

이러한 결정을 내리는 데 사용된 규칙이나 지침의 사본 또는 QIO로 전달된 문서의 사본을 받으시려면 [insert provider/plan toll-free telephone number].