[Insert contact information here]

# 終止給付詳細說明

日期：[date]

病患姓名：[patient name] 病患編號： [patient #]

本通知詳細說明 Medicare 醫療服務提供者及/或健康計劃決定終止您的 Medicare 目前服務保險給付的原因。 *本通知並非上訴判定。*您的上訴判定由品質改善組織 (QIO) 作出。

我們已審核您的個案，並決定您目前的 Medicare [insert type] 服務保險給付應終止。

• 作出此判定的依據如下：

 • 您的計劃不再給付您目前服務的詳細原由說明，以及用於作出此判定的具體 Medicare 保險規則與政策：

• 計劃政策、條款或用於作出此判定的基本理由（僅健康計劃）：

如需用於作出此判定的政策或保險指南副本，或寄送給 QIO 的文件副本，請撥打下列電話號碼與我們聯絡： [insert provider/plan toll-free telephone number]