[*Date*]

[*Name of Beneficiary or Representative*]

[*Address*]

受益人姓名： [*Name*] 提供者名稱：[Provider *Name*]

會員 ID 號碼： [*ID #*] 要求的服務：[*Service*]

健康計劃名稱： SCAN [*標準申請日期*：[*Standard Req Date*]]

健康計劃電話號碼：(800) 559-3500 [*加速申請日期*：[*Expedited Req* *Date*]]

主治醫師姓名：[*Attend Phy Name*] [*加速申請時間*：[*Expedited Req Time*]]

[*Beneficiary’s Name*] 您好：

本信函係針對您或您的醫師就上述服務 [*七十二 (72) 小時速件-delete if not applicable*] 申請初始判定之回覆。 我們需要延長審核時間 [*72 小時 or 14 個曆日*] 的時限。

就您的申請而言，需延長 [*insert #*] 個曆日，原因如下：

選項 1： 您或您的醫師申請延期，以便取得額外資訊。 *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member.]*

選項 2： 我們相信可利用申請的額外資訊通過申請。 *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted providers or additional tests may change an MAO’s or provider group’s decision to deny.]*

我們可能無法將您的 [*七十二 (72) 小時速件-delete if not applicable*] 申請延長超過十四 (14) 個曆日以上（自提出加速或標準申請當日起算）。

在此延長期間，[*insert description of what the beneficiary must do in lay terms*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

若您不同意我們延遲此判定的裁決，您可向您的健康計劃提出加速口頭或書面申訴。 會員可透過申訴程序就索賠或服務遭拒之外的其他問題向其健康計劃提出投訴。 您的健康計劃必須在受理投訴後的二十四 (24) 小時內針對加速申訴做出回應。 若要提出加速申訴，您或您的授權代理人應透過電話、郵件或傳真提出申訴至：

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

 (800) 559-3500

Fax: (562) 989-0958

我們將繼續盡全力盡速取得所需資訊，以完成本 [*速件, delete if not applicable*] 審核。 若有其他問題或欲提供其他資訊，請在 [add hours of operation] 期間撥打 1-(XXX)-XXX-XXXX 或 TDD/TTY 1-(XXX-XXXX)，或將資訊傳真至 1-(XXX)-XXX-XXXX。

順頌商祺

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Name]

Title

C： [*Provider, if provider requested*]