[Insert provider contact information here]

|  |
| --- |
| **Medicare 비 보장 통지** |
|  **환자 이름:** [Name of member] |  **환자 번호:** [Member I.D.]  |

귀하께서 현재 이용하시는 [Insert type]

서비스 보장이 다음 일자에 종료됩니다 - [Insert effective date]

|  |
| --- |
| * 귀하의 Medicare 서비스 제공자 및/또는 건강 플랜은 상기 유효 일자 이후로는 귀하께서 현재 이용하시는 [Insert type] 서비스에 대해 Medicare가 비용 지급을 하지 않을 것으로 판단하였습니다.
* 상기 일자 이후로 받는 서비스에 대해서는 귀하가 비용을 지불하셔야 합니다.
 |

이 결정에 대해 이의를 제기할 권리

* 귀하는 이 서비스에 대해 Medicare 보장이 종료된다는 결정에 대해 즉시 독립 의료 심사(이의 제기)를 요청할 권리가 있습니다. 이의 제기 기간에도 귀하의 서비스는 계속됩니다.
* 이의를 제기하기로 결정하시면 독립 심사자가 귀하의 의견을 구할 것입니다. 심사자가 귀하의 의료 기록 및/또는 기타 관련 정보를 검토할 것입니다. 귀하는 서면으로 준비할 것은 없지만 원하시면 그렇게 하실 권리가 있습니다.
* 이의를 제기하기로 결정하시면, 귀하와 독립 심사자는 귀하의 서비스 보장이 계속되지 않아야 하는 이유에 관한 자세한 해명이 담긴 서류 사본을 각자 받으실 것입니다. 귀하는 이 상세 통지서를 이의 제기 요청을 한 후에만 받게 됩니다.
* 이의를 제기하시고 독립 심사자가 상기 유효 일자 이후로 서비스가 보장되지 않아야 한다는 데 동의하는 경우,
	+ Medicare도 귀하의 플랜에서도 그 날짜 이후로는 해당 서비스에 대해 비용을 지불하지 않게 됩니다.
* 상기 유효 일자까지만 서비스를 중단하시면, 귀하는 비용 책임을 피할 수 있습니다.

**즉시 이의 제기를 요청하는 방법**

* 품질 개선 기관(QIO)으로 요청을 해야 합니다. QIO는 이러한 서비스 종료 결정을 심사하도록 Medicare가 승인한 독립 심사 기관입니다.
* 즉시 이의 제기는 가능한 한 신속히 해야 하며 늦어도 상기 유효 일자 전날 정오까지는 해야 합니다.
* QIO는 가능한 한 신속히 답변을 드릴 것이며, 일반적으로 귀하께서 Original Medicare에 가입되어 있는 경우 이 통지의 유효 일자 후 2일 내로는 결정을 알려드립니다. 귀하께서 Medicare 건강 플랜에 가입되어 있는 경우 QIO는 일반적으로 이 통지의 유효 일자까지는 그 결정을 귀하에게 통보합니다.
* QIO인 Livanta BFCC-QIO Program에 1-877-588-1123(팩스: 1-855-694-2929) (TTY: 1-855-887-6668)번으로 연락하여 이의 제기를 하시거나 궁금한 점에 대해 문의하실 수 있습니다.

**즉시 이의 제기 요청 마감시한을 놓치신 경우, 다른 이의 제기 권리가 있을 수 있습니다 -**

* Original Medicare에 가입되어 있는 경우: 1페이지에 기재된 QIO로 연락하십시오
* Medicare 건강 플랜에 가입되어 있는 경우: 아래의 번호로 플랜에 연락하십시오.

플랜 연락처:

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

추가 정보가 필요하시면 저희 고객 서비스부에 1-800-559-3500번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오). 4월 1일부터 9월 30일까지의 기간에는 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시 중에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시 중에 연락해 주십시오. 휴일과 정규 업무 시간 외 시간에 수신된 메시지는 1 업무일 이내에 답변을 드립니다.

추가 정보(선택 사항): [Insert text]

아래에 서명하여 이 통지서를 받았고 이해했음을 표시해 주십시오.

본인은 저의 서비스 보장이 본 통지서에 명시된 유효 일자에 종료될 것이며, QIO에 연락하여 이 결정에 이의를 제기할 수 있음을 통지받았습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 환자 또는 대리인의 서명                                                       날짜