[Insert provider contact information here]

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicare 不承保通知** | |
| **患者姓名：** [Name of member] | **患者號碼：** [Member I.D.] |

您目前 [Insert type] 承保的有效期

服務將結束於：[Insert effective date]

|  |
| --- |
| * 您的 Medicare 提供者和/或健康計劃已決定，在上述有效期後，Medicare 可能不會支付您目前的 [Insert type] 服務費用。 * 在上述日期後，您可能需要為您所接受的任何服務付費。 |

**您對於此裁決的上訴權利**

* 您有權要求對結束這些服務之 Medicare 承保的裁決進行一項立即、獨立的醫療審查（上訴）。您的服務在上訴期間將會繼續。
* 若您選擇提出上訴，則獨立的審查員將會詢問您的意見。該名審查員也將檢視您的醫療記錄和/或其他相關資訊。您無須準備任何書面文件，但若您願意，您有權這麼做。
* 若您選擇提出上訴，您和該名獨立審查員將會分別收到一份副本，詳細說明為何您服務的承保不應繼續。只有在您提出上訴後，您才會收到此詳細通知。
* 若您選擇提出上訴，並且該名獨立審查員同意服務不應在上述有效期後繼續受保：
  + Medicare 和您的計劃在該日期後均不會支付這些服務的費用。
* 若您在上述有效期前停止服務，則您將可避免財務責任。

**如何要求立即上訴**

* 您必須向「品質改善組織」(Quality Improvement Organization, QIO) 提出申請。QIO 是經 Medicare 授權的獨立審查機構，對結束這些服務的裁決進行審查。
* 您應該盡快提出立即上訴申請，但不得晚於上述有效期的前一天中午。
* QIO 將會盡快通知您裁決結果，通常不晚於本通知所述有效期的兩天後（若您屬於 Original Medicare）。若您參加 Medicare 健康計劃，則 QIO 通常會於本通知所述有效期結束之前通知您其裁決結果。
* 請致電您的 QIO，即 Livanta BFCC-QIO 計劃，電話號碼：1-877-588-1123（傳真：  
  1-855-694-2929）（聽障專線：1-855-887-6668），以提出上訴或詢問問題。

**若您錯過提出立即上訴的截止日期，您可能還擁有其他上訴權利：**

* 若您擁有 Original Medicare：聯絡第 1 頁所列出的 QIO
* 若您參加了 Medicare 健康計劃：撥打以下號碼聯絡您的計劃。

計劃聯絡資訊：

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 1-800-559-3500。（聽障人士可致電 711）。4 月 1 日至 9 月 30 日的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。10 月 1 日至 3 月 31 日的服務時間為：每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。在節假日及正常營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

其他資訊（選填）：[Insert text]

請於下方簽名，以表明您已收到並了解本通知。

本人已接獲通知──關於本人服務的承保將在本通知所述之有效期結束，並且本人可以透過聯絡本人的 QIO 對此裁決提出上訴。

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

患者或代表簽名                                                       日期