# [Insert Provider Name, Address, Phone Number]

# 承保範圍裁決信

***重要提示：****如需有關本通知的幫助，請致電 800-559-3500 (TTY: 711) 聯絡* ***SCAN Health Plan****，****或****致電 1-888-452-8609 (TTY: 711) 聯絡****加州衛生保健服務部 (DHCS) 監察官辦公室***

## <Date of Letter>

[*Insert Member name*]

[Member Address 01]

[Member Address 02]

會員保健計劃 ID：[Member ID]

本函涉及的服務/用品：[service/item that was requested]。

[Group Name] 是與 SCAN 簽約的醫療保健提供者。

SCAN Health Plan/[provider name] 在本函中稱為「本計劃」或「我們」。SCAN 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽有合約並提供這兩項計劃的承保福利的保健計劃。本計劃負責協調您的 Medicare 及 Medi-Cal 服務以及您的醫生、醫院、藥房和其他醫療保健提供者。

### 本計劃<拒絕 *or* 部分拒絕 *or* 減少 *or* 停止 *or* 暫停 *or* 變更>下列<醫療服務/用品 *or* B 部分藥物>：

[Free text - *Insert description of medical service/item or Part B drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

[*Insert this paragraph if this is a post-service case for which there is no member liability:* **請注意，您不會被收取或欠付此** [*insert as applicable:* **醫療服務/用品** *or* **B 部分藥物**]**的任何費用**。]

本計劃作出這一決定的原因是 [Free text - *Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision* *(e.g., if the medical service/item or Part B drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medi-Cal coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert this paragraph if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a medical service/item or Medicare Part B drug the individual has already been receiving:* **本計劃將於** <**effective date**><**減少** *or* **停止** *or* **暫停**>**您的**<**醫療服務/用品** *or* **B 部分藥物**>**。**請參閱本函後面的「如何在上訴期間繼續獲得您的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>」部分，瞭解有關在上訴期間繼續獲得您的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>的資訊。]

## 您有權對我們的裁決提出上訴

您可就本計劃的裁決提出上訴。請與您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>分享本函，並詢問接下來如何處理。如果您提出上訴，而本計劃改變了決定，那麼我們可能會支付<醫療服務/用品 or B 部分藥物>的費用。

您也可致電 <provider phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>) 向我們免費索取用於作出裁決的資訊副本。這可能包括健康記錄、指南和其他文件。您應向您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>出示這些資訊，以幫助您決定是否上訴。

**您必須在以下日期前向本計劃提出上訴：[*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]。** 如果您有充分的理由，本計劃可能會給您更多時間。

## 上訴分為兩種類型

**本計劃有兩種上訴 – 標準上訴和快速上訴。**

1. 如果您申請**標準上訴**，本計劃將在**收到您的上訴後** [*for a Part B drug, insert:* **7 個曆日** *or**for any other medical service/item, insert:* **30 個曆日]**內向您寄送書面裁決。
2. 如果您申請**快速上訴**，本計劃將在**收到您的上訴後 72 小時**內為您作出裁決。若您或您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>認為等候 [*for a Part B drug, insert:***7 個曆日** *or**for any other medical service/item, insert:***30 個曆日**]再作出裁決會對您的健康造成**嚴重傷害**，您可以申請快速上訴。如果您的<**醫生** *or* **醫療保健提供者**>**為您提出快速上訴**，或者您的<**醫生** *or* **醫療保健提供者**>**支持您提出快速上訴**，本計劃將**自動**給予您快速上訴。如果您在沒有<醫生 *or*醫療保健提供者>支持的情況下申請快速上訴，本計劃將決定您是否可以獲得快速上訴。若本計劃不批准快速上訴，我們會在 [*for a Part B drug, insert:***7 個曆日** *or for any other medical service/item, insert:* **30 個曆日**]內就您的上訴作出裁決。

[*Delete this paragraph if the letter is for a denial of a Part B drug:* 對於標準上訴和快速上訴，如果您要求更多時間，或者我們需要您提供更多資訊，我們可能需要更長的時間來作出裁決。本計劃會致函告訴您是否需要更多時間及原因。]

## 如何提出上訴

您、您以書面形式指定的代表人（如親戚、朋友或律師），或您的<醫生 *or*  醫療保健提供者>均可提出上訴。您可以透過以下其中一種方式聯絡本計劃提出上訴：

* **電話：**請致電 1-800-559-3500 (TTY: 711)
* **傳真：**請傳真至 1-562-989-0958
* **郵寄：**請郵寄至：

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

* **親自遞送：**將其交予：

SCAN Health Plan  
3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

如果您以書面形式上訴，請保留一份副本。如果您打電話，我們會給您致函，在信中寫明您在電話中告訴我們的內容。

當您上訴時，您必須向本計劃提供：

* 您的姓名
* 您的地址或我們可向您傳送上訴相關資訊的地址（如果您沒有可用的當前地址，您仍然可以上訴）
* 您在本計劃的會員編號
* 您對我們的裁決提出上訴的原因
* 您想要標準上訴還是快速上訴。（如果是快速上訴，請告訴我們原因）
* 任何您想讓本計劃瞭解的東西，這些東西表明您為什麼需要<醫療服務/用品 *or* B 部分藥物>。例如，您可以向我們傳送：
  + 來自您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>的醫療記錄，
  + 來自您<醫生 *or* 醫療保健提供者>的信函（如您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>的聲明，說明您為何需要快速上訴），或
  + 說明您為什麼需要<醫療服務/用品 *or*  B 部分藥物>的其他資訊

欲瞭解更多如何提出上訴的資訊，請致電會員服務部，電話：1­800­559­3500 (TTY: 711)。您還可以在本計劃的*會員手冊（承保範圍說明書）*第 9 章 – 遇到問題或投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）中找到更多資訊。您隨時可以瀏覽我們的網站 www.scanhealthplan.com 或者致電本計劃查看*會員手冊（承保範圍說明書）*的最新版本。

## 如何在上訴期間繼續獲得您的<醫療服務/用品 *or* B 部分藥物>

如果您已經得到了此信函第一頁所列的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>，您可以在上訴期間要求繼續獲取。

* **您必須提出上訴，並要求本計劃在以下日期前繼續為您提供**<**醫療服務/用品** *or* **Medicare B 部分藥物**>**：**[*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format.Date will be the later of the following:(1) 10 calendar days from date of letter (or later than 10 calendar days, if required by the state) or (2) date the decision takes effect.Insert date in bold text*]**。**
* 請參閱本函前面的「如何提出上訴」部分，瞭解如何聯絡本計劃。
* 如果您要求本計劃在 [*Insert continuation of benefits request filing date*] 前繼續提供您的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>，您的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>將在您上訴期間保持不變。
* 如果您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>為您提出上訴，而您想繼續獲得您的<醫療服務/用品 *or* Medicare B 部分藥物>，那麼您的<醫生 *or* 醫療保健提供者>必須同時附上您的書面同意。

## 接下來會怎樣

在您提出上訴後，本計劃會向您發出上訴裁決信，告訴您我們是否批准您的上訴。如果本計劃仍拒絕支付此承保範圍裁決信第一頁所列的<醫療服務/用品 *or*  B 部分藥物>，上訴裁決信將告訴您接下來會怎樣，例如有關 Medicare 第 2 級上訴的資訊或者如何申請加州公平聽證會，也稱州立公平聽證會。

## 如果您需要上訴方面的協助，該如何處理

您可以找人替您上訴並代表您行事。您必須首先按照以下步驟以書面形式指定他們為您的「代表」。您的代表可以是親屬、朋友、律師、醫生、醫療保健提供者或其他您信任的人。

若您想要找人替您上訴：

* 請撥打本計劃的電話號碼 1-800-559-3500 (TTY: 711) 瞭解如何指定此人為您的代表。或者您可瀏覽 <https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me>。
* 您和您的代表必須在寫明您需求的聲明上簽字並註明日期。
* 將簽字後的聲明郵寄或傳真給我們：

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

傳真：1-562-989-0958

* 請保留副本。

## 獲得幫助及更多資訊

* SCAN Health Plan **會員服務部：**請致電 1-800-559-3500 (TTY: 711)。4 月 1 日至 9 月 30 日期間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 日期間的服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。您還可瀏覽 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)。
* **加州衛生保健服務部 (DHCS) 監察官辦公室**：請致電 1-888-452-8609 (TTY: 711)。如果您的上訴有問題，監察官辦公室可以回答問題。他們也可以幫助您瞭解下一步該怎麼做。他們與本計劃、任何保險公司或保健計劃均無任何關係。他們的服務為免費服務。
* **健康保險諮詢和倡權計劃 (HICAP)：**致電：   
  1-800-434-0222。HICAP 顧問可以幫助您解決 Medicare 問題，包括如何提出上訴。HICAP 與任何保險公司或保健計劃均無任何關係。他們的服務為免費服務。
* **Medicare：**請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務（TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048）。或瀏覽 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)。
* **Medi­Cal 管理式護理和精神健康監察官辦公室：**致電   
  1-888-452-8609。
* **Medicare 權益中心：**請致電 1-800-333-4114，或瀏覽 [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/)。
* **長者護理搜尋服務：**請致電 1-800-677-1116 或瀏覽 [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) 以便在社區中獲得幫助。

您可以免費取得此文件的西班牙文、中文或其他格式版本，比如大號字體印刷版、盲文，或者音訊。請致電 1-800-559-3500 (TTY: 711)。4 月 1 日至 9 月 30 日期間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 日期間的服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

您有權索取可用格式的 Medicare 資訊，例如大號字體印刷版、盲文版或音訊版資訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。請瀏覽 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取更多資訊。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。