[*Date*]

[*Name of Beneficiary or Representative*]

[*Address*]

受益人姓名：[*Name*] 醫療服務提供者名稱：[*Name*]

會員 ID 編號：[*ID #*] 申請的服務：[*Service*]

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

健康計劃電話號碼：(800) 559-3500 [加急申請日期：[*Exped Req Date*]]

主治醫師姓名：[*Attend Phy* *Name*] [加急申請時間：[Exped Req *Time*]]

親愛的 [*Beneficiary’s Name*]：

本函旨在回應您或您的醫生就上述服務申請我們作出 [*加急七十二 (72) 小時-delete if not applicable*] 初步裁決一事。我們的審查需要超過 [*72 小時 or 14 天*]的處理時限。

根據您的申請，我們需要延長 [*insert #*] 天，因為：

選項 1：您或您的醫生申請延期，以便獲取更多資訊。*[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，我們也許能夠透過所要求提供的附加資訊來批准該申請。*[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.]*

對於您的 [*加急七十二 (72) 小時- delete if not applicable*] 申請，我們不得在加急或標準申請的處理時限之後延長超過十四 (14) 天。

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

如果您不同意我們延遲作出裁決的決定，您可以向您的健康計劃提出加急口頭或書面申訴。申訴程序允許會員就除被拒絕的賠付或服務之外的問題向健康計劃提出投訴。您的健康計劃必須在收到申訴後的二十四 (24) 小時內回應加急申訴。若要提出加急申訴，您或您的授權代表應將您的申訴透過電話、郵寄或傳真寄至：

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

 (800) 559-3500

傳真：(562) 989-0958

我們將繼續盡一切努力盡快獲取必要的資訊，以完成對此事的 [加急 *delete if not applicable*] 審查。如有任何進一步問題或資訊，請在 [add hours of operation] 期間撥打 1-(XXX)-XXX-XXXX 或 TDD/TTY 1-(XXX-XXXX) 與我聯絡，或將資訊傳真至 1-(XXX)-XXX-XXXX。

謹致，

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

姓名

職銜

抄送至：[*Provider, if provider requested*]