[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

拒絕醫療承保通知

**日期：LETTER DATE 會員號碼：**BSUBSCRIBER

**姓名：**MEMBER\_FIRST\_NAME MEMBER\_MIDDLE\_NAME MEMBER\_LAST\_NAME

<Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee’s Medicaid number, service subject to notice, date of service)>

**您的醫療服務/用品的承保已被<Insert appropriate term: 部分批准，拒絕>。**

我們已<Insert appropriate term: 拒絕，部分批准，停止，減少，暫停>您或您的醫生申請的下列<醫療服務/用品或 B 部分藥物>：

[Free text]

**為什麼承保<Insert appropriate term: 被拒絕，部分批准，停止，減少，暫停**>?

我們<Insert appropriate term: 拒絕，部分批准，停止，減少，暫停*>* 上述<*醫療服務/用品或 B 部分藥物>，*原因是{Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decision}:

請與您的醫生分享此裁決的副本，以便討論後續步驟。如果您的承保申請是由您的醫生代您提出，則我們已向其寄送了本拒絕通知的副本。

**您有權對我們的裁決提出上訴**

您有權在本通知發出之日起 **65 天**內向我們提出上訴，要求 SCAN 審核我們的裁決。如果您在 65 天後提出上訴，則必須解釋延遲上訴的原因。請參閱下一頁的「如何向 SCAN 提出上訴」。

[**如何在我們審查您的個案期間繼續使用服務：**如果我們打算停止或減少某項服務，在審查您的個案期間，您可以繼續獲得這些服務。要**繼續使用服務，您必須在**本通知發出之日起 **10 天內**或在服務停止或減少之前（以較晚者為準）**提出上訴**。您的醫生必須同意您應繼續獲得相關服務。如果上訴失敗，您可能需要為這些服務付費。]

**如果您希望其他人代表您行事**

您可指定一名親屬、朋友、律師、醫生或其他人來作為您的代表。如果您希望其他人代表您行事，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們，瞭解如何指定您的代表。TTY 使用者可致電 711。

**關於上訴權利的重要資訊**

**向 SCAN** 提出的上訴分為兩種類型

**標準上訴**

* **申請服務**：如果上訴涉及您尚未接受的服務，在收到您的上訴後，我們將在 <insert appropriate timeframe for 30 天內（對於醫療服務/用品），7 天內（對於 Medicare B 部分藥物）>向您提供書面裁決。[insert for requests for medical service/item：如果您申請延長期限，或者我們需要更多有關您的個案的資訊，那麼我們可能需要更長時間才能做出裁決。若我們需要更多時間，我們將會通知您，並會解釋需要更多時間的原因。]
* **申請付款**：如果上訴涉及您已接受的<醫療服務/用品或 Medicare B 部分藥物>的付款，我們將在 60 天內向您提供書面裁決。如果您要求我們償付您已接受的<醫療服務/用品或 Medicare B 部分藥物>，則不能要求快速上訴。

**快速上訴（僅適用於服務申請）**

* 我們將在收到您的上訴後 72 小時內就快速上訴作出裁決。如果您或您的醫生認為等待標準上訴可能會嚴重損害您的健康，您可以提出快速上訴。
* 若醫生為您提出快速上訴或支持您的快速上訴申請，那麼我們會自動將您的上訴按快速上訴處理。對於沒有醫生支持的快速上訴申請，我們將決定您的情況是否需要快速上訴。如果我們不同意快速上訴申請，我們將按標準上訴處理。

**如何向 SCAN** **提出上訴**

**第 1 步：**您、您的代表或您的醫生可以提出上訴。您的書面申請須包含：

* 您的姓名
* 地址
* 計劃會員號碼
* 提出上訴的原因
* 想要提出標準還是快速上訴（如要提出快速上訴，請說明原因）。
* 您想要讓我們審查的任何證明文件，如醫療記錄、醫生支持聲明、或其他能夠解釋您為何需要<*醫療服務/用品或者 Medicare B 部分藥物*>的資訊。

如果您要提出上訴但錯過了截止期限，則可申請延長期限並說明延誤的原因。

請保留您寄送的所有內容的副本，以作備份。*在上訴之前或上訴期間，您有權查看醫療記錄和我們用於做出裁決的其他文件。您還可以免費索取一份我們用於做出裁決的指南*。

**第 2 步：**透過郵件、電話、傳真或線上提交上訴。

**對於標準上訴：**

郵寄地址：

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

1-800-559-3500

TTY 使用者可致電：711

傳真：

傳真：1-562-989-0958。

網站：

www.scanhealthplan.com

親自遞交地址：

SCAN Health Plan

3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

**對於快速上訴：**

電話：1-800-559-3500

TTY 使用者可致電：711

傳真：1-562-989-0958。

網站：www.scanhealthplan.com

**接下來會怎樣？**

若您提出了上訴，但我們仍然拒絕您對 <*medical service/item or Medicare Part B drug>*, 的申請，我們將自動將您的個案交給獨立審查機構。若獨立審查機構拒絕您的請求，書面裁決會說明您是否還有其他上訴權利。

**獲得幫助及更多資訊**

* SCAN 免費電話：1-800-559-3500。TTY可致電：711。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，早上 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，  
  早上 8 點至晚上 8 點。或造訪 www.scanhealthplan.com。
* **Medicare：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。TTY 使用者可致電：1‑877‑486‑2048。
* **Medicare 權益中心：**1-888-HMO-9050。
* **長者護理搜尋服務：**請致電 1-800-677-1116 或瀏覽 [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](http://Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx)，以便在社區中獲得幫助。
* **州健康保險計劃：**請致電您的州健康保險援助計劃，獲取免費的個人化健康保險諮詢。請瀏覽 SHIPhelp.org 或致電 1-877-839-2675 獲取您當地州健康保險計劃 (SHIP) 的電話號碼。

**獲取資訊的其他格式版本**

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](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.medicare.gov%2Fabout-us%2Fnondiscrimination%2Faccessibility-nondiscrimination.html&data=05%7C01%7CSabrina.Edmonston%40cms.hhs.gov%7Cf9660dff7be64273aaca08da37806d63%7Cd58addea50534a808499ba4d944910df%7C0%7C0%7C637883321967786495%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=JicYRpGPqKvuHzPrkxsak8cYevEYUNvJOAvziqekgWg%3D&reserved=0)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取更多資訊。TTY 使用者可致電 1‑877‑486‑2048。

**PRA 披露聲明**

根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-0829。此資訊收集是為了 Medicare 健康計劃在醫療服務或付款申請被全部或部分拒絕時提供必要通知。完成此資訊收集所需的時間預計不到 10 分鐘（每次回應），包含審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及檢查並完成該資訊收集的時間。根據法案第 1852(g)(1)(B) 條以及第 422 部分 M 子部分 42 CFR 422.568、422.572、417.600(b) 和 417.840 所規定的監管權限，此資訊收集為強制性要求。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。