[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**承保申請駁回通知**

**日期：**LETTER\_DATE

**參保人姓名：**MEMBER\_FIRST\_NAME MEMBER\_MIDDLE\_NAME MEMBER\_LAST\_NAME

**參保人地址：**

MEMBER\_MAILING\_ADD1 MEMBER\_MAILING\_ADD2

MEMBER\_MAILING\_CITY, MEMBER\_MAILING\_STATE MEMBER\_MAILING\_ZIP

**參保人 ID 號碼：**BSUBSCRIBER\_IDBMEMBER\_SUFFIX

|  |  |
| --- | --- |
| 健保計劃名稱：SCAN Health Plan | 電話：1-800-559-3500 (TTY: 711) |

我們駁回了您在 <insert date> 提出的承保申請。

我們無法處理您的請求，原因是：<*explain the specific reason for dismissal and what is missing from the request -- e.g., person making the request is not a proper party and there isn’t an appointment of representation (AOR) form. See* [*42 CFR §§ 422.568(g)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.568#p-422.568(g))*,* [*422.631(e)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.631#p-422.631(e))*,* [*423.568(i)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-423/section-423.568#p-423.568(i)) *and the* [*Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance*](https://www.cms.gov/medicare/appeals-grievances/prescription-drug) *for when it may be appropriate to dismiss a coverage request.*>

[For inadequate AOR:] 隨申請一起提交的代表委任 (AOR) 表格目前無效。[Free text: Include Why/What is missing in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.] 請提交更新後的 AOR。

[For invalid requestor:] 在未收到適當的代表委任 (AOR) 表格的情況下，提出請求的個人或實體不得為您提出此類申請。請填寫並提交最新的 AOR。

[For death – request from physician:] 我們獲悉，該會員已去世。如果此資訊有誤，請聯絡 SCAN。

[For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] 我們收到了撤回原始申請的請求。

**下一步該怎麼做**

**如果您不同意我們駁回您的承保申請的裁決，**您有兩個選擇：

1. 如果您認為我們錯誤地駁回了您的承保申請（例如，您認為 <*insert reason* (e.g., you are a proper party)>），您可以要求我們對本駁回裁決進行審查。我們必須在本駁回通知發出之日起 **65 日**內透過以下地址收到您的上訴。請在上訴中**附上本「承保申請駁回通知」的副本**以及任何證明資訊，並解釋您認為本駁回裁決不正確的原因。請聯絡我們的上訴與申訴部提出上訴。

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

電話：1-800-559-3500

TTY 使用者請致電：711

傳真：1-562-989-0958

1. 您可以要求我們撤銷（取消）駁回行動。如果我們因 <*insert reason* *for finding good cause--e.g., a finding that the person who made the request is a proper party*> 確定有充分的理由撤銷駁回裁決，我們將撤銷駁回裁決並審核您的上訴申請。我們的辦公室必須在本通知發出之日起 **6 個月**內收到您要求撤銷駁回裁決的申請。請在您的申請中附上本「承保申請駁回通知」的副本以及任何證明資訊。

[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

如果您對本通知有任何疑問，請聯絡：

SCAN 會員服務部隨時隨地為您提供協助。

您可以致電 1-800-559-3500 (TTY: 711) 與他們聯絡。

* 10 月 1 日至 3 月 31 日辦公時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。
* 4 月 1 日至 9 月 30 日辦公時間：上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。
* 在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

[C: Requesting Provider Name]

[Requesting Provider Address]

[C: PCP]

[PCP Address]