**[LOGO]**

**[Notice of Reinstatement of Coverage]**

承保恢復通知

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病患姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

提供者/機構\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 健康計劃：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

服務開始/入院日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 會員 ID：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

主治醫師：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

服務類型：

**[ ]** 特護療養

**[ ]** 居家保健

**[ ]** 綜合門診復建

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[insert: Member's Name]** 您好：

您在 [insert: date] 收到 Medicare 不承保通知，說明上述服務將於 [insert: date] 失效，且您在該日期後所接受的任何服務均由您自行負擔費用。

本承保恢復通知的目的在於通知您：經過進一步審核，我們決定上列服務應不間斷持續提供，直到接獲進一步通知為止。

當我們認定您不再需要上述服務時，您將會接到新的 Medicare 不承保通知，其中會註明保險給付終止日期。

若您對本承保恢復通知有任何其他問題，請聯絡 [insert organization name: PMG/IPA] [XXX-XXX-XXXX] 或 TTY/TDD [XXX-XXX-XXXX] [insert: days of operation]，服務時間為 [insert: hours].

順頌商祺

[Provider Organization Designee]