**[LOGO]**

**恢復承保通知**

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

**日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 患者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**醫療服務提供者/醫療機構\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 健康計劃：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**服務開始/住院日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 會員 ID：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**服務類型：**

[ ]  **專業護理**

[ ]  **居家健康服務**

[ ]  **綜合門診康復服務**

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

**尊敬的 [insert:Member's Name]:**

在 [insert: date]，您收到了 Medicare 發出的不承保通知，表明對上述服務的承保將於 [insert: date] 失效，您必須為此日期之後獲取的所有服務付費。

本恢復承保通知旨在告訴您，經進一步審查，已確定對上述服務的承保將繼續有效，直至另行通知。

當確定您不再需要上述服務，您將收到一份新的 Medicare 不承保通知，說明您的承保將於何時結束。

如果您對本恢復承保通知有任何疑問，請聯絡 [insert organization name: PMG/IPA]，電話：[XXX‑XXX-XXXX] 或 TTY/TDD 可致電 [XXX-XXX-XXXX]。服務時間為 [insert: days of operation] ，[insert: hours]。

謹致，

[Provider Organization Designee]