**[*HEALTH PLAN OR MEDICAL GROUP/IPA LETTERHEAD*]**

**[Use 12-Point Font]**

#  Medicare Advantage

# 要求的服務不符合速件條件

[*Date*]

[*Name of Patient*] 病患姓名：[patient name]

[or representative] 病患 ID 號碼：[patient ID #]

[Address] 健康計劃名稱：SCAN

 健康計劃電話號碼：(800) 559-3500

 提供者名稱：[provider name]

要求的服務：[requested service]

速件申請的日期和時間：[date/time of expedited req]

 主治醫師姓名：[attending physician’s name]

您好 [*Patient’s Name*]:

本信函之目的在於回應您提出的七十二 (72) 小時速件初始判定要求（以核准上述服務）。

我們已審核您的要求，並依據可用的資訊做成裁決：您的要求不符合 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 的 「時間急迫性」定義。 若 (1) 您的要求符合「時間急迫性」的定義； 或 (2) 醫師支持您的加速審核要求，則我們必須加速完成審核作業。 時間急迫性係指「標準決策程序所需的時間可能嚴重危及投保人的生命或對其健康造成重大威脅，或是可能危及投保人恢復最高身體機能的能力的情況」。 由於您的要求不符合上述任一情況，因此我們已將您的要求轉入標準審核程序。

我們將儘全力儘速處理您的要求（在受理您的要求當日後的十四 (14) 個曆日內完成），且一旦完成審核，我們將立即通知您。

您有權重新提出七十二 (72) 小時加速初始判定要求。 若有任何醫師支持您的加速審核要求，且該醫師註明十四 (14) 天的等候期可能嚴重危及您的健康，則我們會自動以速件處理該要求。

您也可以針對我們不以速件審核之判定向您的健康計劃提出加速口頭或書面申訴。 會員可透過申訴程序就索賠或服務遭拒之外的其他問題向其健康計劃提出投訴。 您的健康計劃必須在二十四 (24) 小時內針對加速申訴做出回應。

若要提出加速申訴，您或您的授權代理人應透過電話、郵件或傳真提出書面申訴至：

**SCAN**

**Attn: Grievance and Appeals Department**

**P.O. Box 22644**

**Long Beach, CA 90801-5644**

**(800) 559-3500**

**Fax: (562) 989-0958**

此外，請注意，雖然您不需繳交額外的資訊給我們，但若您的病況發生變化，或若您有相關的其他資訊，請務必立即與我們聯絡。

若有其他問題或欲提供其他資訊，請撥打 1-(XXX)-XXX-XXXX 或 TDD/TTY (XXX)-XXX-XXXX，服務時間為 [*add the hours of operation*].

順頌商祺

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

姓名

[Title]