[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**重要提示：**本通知解釋了您對我們的決定提出上訴的權利。請仔細閱讀本通知。如需幫助，您可以致電最後一頁「獲得幫助及更多資訊」中列出的電話號碼。

拒絕醫療承保通知

**日期：**[Letter Date] **會員號碼：**[Member ID]

**姓名：**[Member Name]

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

**您的申請被[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，[provider name]：

[Free text]

**我們為什麼拒絕您的申請？**

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]：

[Free text]

您應與您的醫生分享此決定的副本，以便您和您的醫生可以討論後續步驟。如果您的醫生代表您申請承保，我們已將此決定的副本發送給您的醫生。

**您有權對我們的裁決提出上訴**

您有權向我們提出上訴，要求 SCAN Health Plan 審核我們的裁決**。**

**計劃上訴：**在本通知發出之日起 **65 天內**向 SCAN 提出上訴。
若您提出錯過最後期限的充分理由，我們可適當放寬期限。請參見「如何向 SCAN 提出上訴」一節，以瞭解如何提出計劃層級的上訴。

**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 SCAN：1-800-559-3500，以瞭解如何指定您的代表。TTY可致電 711。
您和您想要指定的代表必須簽署確認您的意願的聲明書，並註明日期。您將需將此聲明書寄送或傳真給我們。請自行保留一份副本作為記錄。

**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 –** 在收到您的上訴後，我們將在 ***30 天內***（對於服務/用品）或 ***7 天***（對於B 部分藥物）向您提供關於標準上訴的書面決定。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。若您的上訴與您已接受的醫療服務/用品或者 B 部分藥品的付費有關，我們將在 **60 天**內向您發出書面裁決。

**快速上訴** – 我們將在收到您的上訴後 **72 小時內**就快速上訴作出裁決。若您或您的醫生認為針對某項醫療服務/用品的裁決等候
**30 天**或者針對 B 部分藥品的裁決等候 **7 天**會對您的健康造成嚴重傷害，您可以申請快速上訴。
若您正在要求我們償付您已接受的醫療服務/用品或者 B 部分藥品，則您不能申請加急上訴。

**若您的醫生要求或您的醫生支持您的申請，那麼我們會自動將您的上訴按快速上訴處理。**如果您在沒有醫生支持的情況下申請快速上訴，我們將決定您的情況是否需要快速上訴。如果我們不批准您快速上訴，對於醫療服務/用品，我們將在 **30 天內**作出裁決；對於 B 部分藥物，我們將在 **7 天內**作出裁決。

**如何向 SCAN 提出上訴**

**第 1 步：** 您、您的代表或您的醫生，[服務提供者姓名] 必須向我們提出上訴。您的書面申請須包含：

* 您的姓名
* 地址
* 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、醫生信函（例如在申請快速上訴時提供醫生的支持聲明）、或其他能夠解釋您為何需要有關醫療服務/用品或者 B 部分藥品的資訊。若您需要此類資訊，請致電您的醫生。

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。

凡是寄送給我們的文件，我們都建議您保留一份副本以供記錄。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：** 郵寄、傳真或遞交您的上訴。您也可以致電我們或以電子方式提交上訴。

**對於標準上訴：**

郵寄地址：

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

1-800-559-3500

TTY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某項醫療服務/用品或者 B 部分藥品的請求，
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。
* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。TTY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 www.eldercare.acl.gov，以便在社區中獲得幫助。

**PRA 披露聲明**根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，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。完成此資訊收集所需的時間預計為 10 分鐘（每次回應），
包含檢查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成並檢查該資訊收集情況。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 Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850。

您有權獲取無障礙格式的 Medicare 資訊，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。
請造訪 [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) 瞭解更多資訊。TTY可致電
1-877-486-2048。