

<<IPA Logo>>

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Medicare 拒絕承保通知

患者姓名：**<Member Name>**

患者號碼：**<IEHP Member ID>**

您目前 <services> 的承保有效日期

服務終止日期：**<insert effective date>**

-
- 您的 Medicare 醫療服務提供者和 / 或健保計畫已判定，在上述生效日期過後，Medicare 可能將不會給付您目前的專業服務。
 - 在上述日期過後，您可能必須自行支付您所接受之任何服務的費用。

您針對此決定提出上訴的權利

- 您有權針對 Medicare 終止承保這些服務的決定立即進行獨立醫療審查 (上訴)。您的服務在上訴期間將會繼續提供。
- 如果您選擇提出上訴，獨立審查人員將會徵詢您的意見。審查人員也會查看您的病歷和 / 或其他相關資訊。您不需要準備任何書面文件，不過如果您希望的話，您有權這麼做。
- 如果您選擇提出上訴，您和獨立審查人員將會各自收到一份詳細說明，解釋為何您的服務不應繼續獲得承保。僅在您提出上訴要求後，您才會收到此詳細通知。
- 如果您選擇提出上訴，而獨立審查人員同意服務在上述生效日期過後不應再獲得承保，
 - 則 Medicare 和您的計畫在該日期過後均不會給付這些服務。
- 如果您在上述生效日期之前停止接受服務，您將可避免負擔財務責任。

如何提出立即上訴要求

- 您必須向品質改善組織 (又稱為 QIO) 提出要求。品質改善組織 (QIO) 是獲得 Medicare 授權的獨立審查人員，負責審查終止這些服務的決定。
- 您應盡快提出立即上訴要求，最遲不得晚於上述生效日期的前一天中午。

請參閱本通知的第 2 頁以瞭解詳情。

- 如果您參加的是 Original Medicare，品質改善組織 (QIO) 將會盡快通知您其決定，通常不會超過本通知生效日期後的兩天。如果您參加的是 Medicare 健保計畫，品質改善組織 (QIO) 通常會在本通知的生效日期之前通知您其決定。
- 如果您想提出上訴或者您有疑問，請致電與您的品質改善組織 (QIO) 聯絡：Livanta BFCC-QIO 電話 1-877-588-1123 (TTY/TDD 使用者專線: 1-855-887-6668)。

如果您錯過要求立即上訴的截止日期，您可能還享有其他上訴權利：

- 如果您擁有 Original Medicare：請致電與第 1 頁所列的品質改善組織 (QIO) 聯絡。
- 如果您屬於 Medicare 健保計畫：請致電下列電話號碼與您的計畫聯絡。

計畫聯絡資訊：

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY/TDD 使用者請致電 1-800-718-IEHP (4347)。

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。
參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

其他資訊 (選填)：

請在下方簽名以表示您已收到並瞭解本通知的內容。

本人已接到通知，瞭解本人的服務承保將會於本通中所述的生效日期終止，且本人可與品質改善組織 (QIO) 聯絡以針對此項決定提出上訴。

患者或代理人簽名

日期