

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Medicare 不承保通知函

患者姓名: <Member Name>

患者編號: <IEHP Member ID>

您目前 <insert type> 的 Medicare 承保範圍 服務將於 <insert effective date> 結束

您的醫療服務提供者和 / 或健保計劃已裁定, Medicare 可能不會支付您在上述日期後的 <insert type> 服務費用。您可能必須為在此日期後獲得的任何服務支付費用。

您對此決定進行上訴的權利

- 您有權就終止 Medicare 承保您的服務的決定提出上訴。這表示您將立即獲得獨立醫療審查。上訴期間, 您的服務將繼續提供。
- 如果您選擇提起上訴, 獨立審查機構將會詢問您的意見。您不需要準備任何書面文件, 但您有權這樣做。審查機構也會查看您的病歷和 / 或其他相關資訊。
- 在您要求進行上訴後, 您將會收到一份通知, 上面會有為何您的服務承保應該終止的詳細解釋。
- 如果獨立審查機構同意 Medicare 對您的服務承保應該終止, Medicare 或您的計劃在上述日期後都不會支付這些服務的費用。
- 如果您在上述日期之前停止服務, 您將可避免承擔財務責任。

如何要求立即進行上訴

- 儘快提出上訴要求。您必須在上述日期前一天中午之前及時提出上訴要求。
- 向您的品質改進組織 (QIO) 提出申請。QIO 是獲得 Medicare 授權的獨立審查機構。
- 如果您錯過了要求立即進行上訴的截止期限, 您可能仍享有上訴權利。
- 要提出上訴, 或如果您有任何疑問, 請致電您所在地區的 QIO, Livanta BFCC-QIO, 電話: 1-877-588-1123 (TTY/TDD: 1-855-887-6668)。

接下來的流程為何

- QIO 會儘快告知您其決定, 通常最遲不超過上述生效日期後的兩天。如果您參加 Medicare 健

保計劃，QIO 通常會在上述生效日期之前告知您其決定。

- 請致電您所在地區的 QIO, Livanta BFCC-QIO, 電話：1-877-588-1123 (TTY/TDD: 1-855-887-6668), 以瞭解更多資訊。

計劃聯絡資訊：

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), 太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY/TDD 使用者請致電 **1-800-718-4347**。

額外資訊(選填)：

<free form from Member Template>

請於下方簽名，以表示您已收到並瞭解本通知。

本人已接獲通知，我的服務承保將在本通知上所示日期結束，我可以聯絡我的 QIO 以對此決定提出上訴。

患者或代表簽名

日期

您有權獲得您資訊的無障礙格式 (如大字體、盲人點字或語音版本)。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。請前往 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得更多資訊。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

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