# 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* 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。