

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

## 拒保詳細說明

---

日期：

患者姓名： 患者號碼：

---

本通知旨在詳細說明為何您的 Medicare 醫療服務提供者和 / 或健保計畫已判定應終止您目前服務的 Medicare 承保。 **本通知並非您的上訴決定。** 您的上訴決定將會由品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 作出。

我們已審查您的個案並判定 Medicare 應終止承保您目前的 **<services>** 服務。

• 我們在作此決定時所使用的事實：

• 解釋為何您目前的服務不再屬於承保範圍的詳細說明，以及在作此決定時所使用的具體 Medicare 承保規定和政策：

• 我們在作決定時所使用的計劃政策、規定或理由 (僅限健保計劃)：

如果您想獲得我們在作此決定時所使用的政策或承保準則副本，或想獲得我們寄給 QIO 的文件副本，請致電： <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 聯絡，服務時間為 <<Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<TTY Number>>。

*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。*