**[LOGO]**

**보장 재개 통지**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 환자 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**서비스 제공자/시설 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 건강 보험: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**서비스 시작/입원 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 가입자 ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**주치의: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**서비스 유형:**

**숙련된 간호**

**가정 건강**

**종합 외래 재활**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[insert: Member's Name 님께,**

[insert: date]에 귀하는 [insert: date] 에 위 서비스가 종료된다는 점을 안내하는 Medicare 비보장 통지서를 받았습니다. 귀하는 해당 날짜 이후 받는 모든 서비스에 대한 비용을 지불해야 합니다.

이 재개 통지서는 추가 검토 결과, 별도의 통지가 있을 때까지 위 서비스는 보장 중단 없이 계속 제공된다는 것을 알려드리기 위한 것입니다.

위의 서비스가 더 이상 필요하지 않다고 판단될 경우, 귀하의 보장이 종료되는 시점을 안내하는 새로운 Medicare 비보장 통지서를 받게 됩니다.

이 재개 통지에 관해 질문이 있으시면 다음 연락처로 연락 주십시오. [insert organization name: PMG/IPA], [XXX-XXX-XXXX] 또는 TTY/TDD, [XXX-XXX-XXXX] [insert: days of operation] insert: hours] 이내 연락 주십시오.

감사합니다.

[Provider Organization Designee]