

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

會員姓名：<Member Name>
會員卡號碼：<Member ID>
健保計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
健保計畫電話號碼：1-877-273-IEHP (4347) 或 TTY 使用者請致電 1-800-718-4347
健保計畫營業時間：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))
醫生姓名：<PCP>
要求的服務：<Service>
特急要求的日期和時間：<MM/DD/YYYY; HH:MM>
診療醫生的姓名：<PCP>

<Member's Name>，您好：

我們希望您一切安好。本信函是有關您要求核准上述服務的特急裁決要求 (您提出要求後的 72 小時內)。

我們很抱歉在此向您表示，您的要求不符合 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 的「特急裁決」定義。若要獲得特急裁決，您必須符合下列兩項規定：

- (1) 您必須尚未獲得您要求承保的照護或用品。(如果您的要求是與您已獲得之照護或用品的給付有關，您將無法獲得特急裁決。)
- (2) 若想獲得特急裁決，14 個曆日的標準截止日期必須會對您的健康造成嚴重損害，或者會使您的身體機能受損。

由於您的要求不符合上述兩項條件中的任何一項，因此我們已將您的要求轉交至標準審查程序。

敬請瞭解，我們將會盡全力盡快處理您的要求，且最遲不會超過我們收到您要求之日後的十四 (14) 個曆日。在審查完成後，我們一定會通知您。

您有權重新提出特急裁決要求。如果醫生為您的特急裁決要求提供佐證，且醫生表示等候十四 (14) 天可能會使您的健康嚴重受損，則我們將會為您進行特急裁決。

您也可針對我們決定不以特急方式審查您個案之事向 IEHP DualChoice 提出特急口頭或書面申訴。申訴程序讓會員可以針對遭到拒絕之理賠或服務以外的問題向 IEHP DualChoice 提出投訴。IEHP DualChoice 必須在二十四 (24) 小時內回覆特急申訴。

如欲提出特急申訴，您或您的授權代理人應致電或透過郵寄或傳真等方式提出書面申訴，聯絡資訊如下：

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

免付費電話：1-877-273-IEHP (4347) 或 TTY 使用者請致電：1-800-718-4347

傳真：1-909-890-5748

此外，請注意，雖然您不一定要向 <<IPA>> 提交進一步資訊，但如果您的醫療病況有改變或者您有與您個案有關的進一步資訊，請您務必與他們聯絡。

如有任何其他疑問或想提交任何其他資訊，請致電 <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 會員服務部聯絡，服務時間為 <<IPA Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<TTY Number>>。

感謝您成為 <<IPA >> 的重要會員並信任我們，讓我們滿足您的健康照護需求。

敬祝安康，

<<IPA>>

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。