

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

Tên Hội viên: < Member Name>
Số ID Hội viên: <Member ID>
Tên Chương trình Bảo hiểm Y tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Số điện thoại Chương trình Bảo hiểm Y tế: 1-877-273-IEHP (4347) hoặc 1-800-718-4347
cho người dùng TTY
Giờ Hoạt động của Chương trình Bảo hiểm Y tế: 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7
ngày một tuần, kể cả các ngày lễ
Tên Bác sĩ: <PCP>
Dịch vụ Yêu cầu: <Service>
Ngày và Giờ của Yêu cầu Nhanh: <MM/DD/YYYY; HH:MM>
Tên của Bác sĩ Tham gia: <PCP>

Kính gửi <Member's Name>:

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi viết thư này để nói về yêu cầu quyết định nhanh của quý vị (trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu) để phê duyệt các dịch vụ đã được ghi ở trên.

Chúng tôi rất tiếc khi thông báo với quý vị rằng yêu cầu của quý vị không đáp ứng được định nghĩa của Trung tâm các Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Service) về “quyết định nhanh”. Cần phải đáp ứng hai điều lệ sau để nhận được quyết định nhanh:

- (1) Quý vị phải chưa nhận được dịch vụ chăm sóc hoặc vật phẩm mà quý vị đang yêu cầu bảo hiểm. (Quý vị sẽ không nhận được quyết định nhanh nếu yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán dịch vụ chăm sóc hoặc một vật phẩm mà quý vị đã nhận được.)
- (2) Để nhận được quyết định nhanh, thời hạn 14 ngày tiêu chuẩn sẽ phải gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm ảnh hưởng chức năng hoạt động của quý vị.

Vì yêu cầu của quý vị không đáp ứng được một trong hai điều kiện này, yêu cầu đã được chuyển tiếp sang quy trình duyệt xét tiêu chuẩn.

Vui lòng hiểu rằng chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để xử lý yêu cầu của quý vị sớm nhất có thể, và không muộn hơn mười bốn (14) ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Sau khi hoàn thành xét duyệt, chúng tôi chắc chắn sẽ thông báo cho quý vị biết.

Quý vị có quyền nộp lại yêu cầu quyết định nhanh. Nếu Bác sĩ của quý vị ủng hộ yêu cầu quyết định nhanh của quý vị, và Bác sĩ cho biết rằng việc chờ đợi mười bốn (14) ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị, thì chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại bằng lời nói hoặc bằng văn bản cho IEHP DualChoice về quyết định không giải quyết xét duyệt của quý vị của chúng tôi. Quy trình khiếu nại cho phép một Hội viên nộp đơn khiếu nại cho IEHP DualChoice về các vấn đề không phải là về yêu cầu hoặc dịch vụ bị từ chối. IEHP DualChoice phải phản hồi với khiếu nại nhanh trong vòng hai mươi tư (24) giờ.

Để nộp đơn khiếu nại nhanh, quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị nên gọi, gửi thư hoặc fax đơn khiếu nại bằng văn bản tới:

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Số điện thoại miễn phí: 1-877-273-IEHP (4347) hoặc số cho người dùng TTY: 1-800-718-4347

Fax: 1-909-890-5748

Ngoài ra, vui lòng lưu ý rằng mặc dù quý vị không phải nộp thêm thông tin tới <<IPA>>, việc quý vị liên lạc với họ là cần thiết nếu tình trạng bệnh lý của quý vị thay đổi hoặc nếu quý vị có thêm thông tin về vụ việc của quý vị.

Vui lòng hướng các thắc mắc hoặc thông tin tới Ban Dịch Vụ Hội Viên của <<IPA>> theo số <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Người dùng TTY xin gọi số <<TTY Number>>.

Cám ơn quý vị đã là một Hội viên quan trọng của <<IPA>> và đã tin tưởng chúng tôi cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.