

<<IPA LOGO>>

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

## 承保要求駁回通知

---

日期：

計畫參加者姓名：

計畫參加者會員卡號碼：

*(Insert non-contract provider name, if applicable):*

計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

電話：<<IPA Phone Number>>

傳真：<<IPA Fax>>

---

我們已駁回您於 *(insert date)* 所提出的承保要求。

我們無法處理您的要求，理由如下：*(explain the specific reason for dismissal and what is missing from the request -- e.g., person making the request is not a proper party and there isn't an appointment of representation (AOR) form. 42 CFR §§ 422.568(g), 422.631(e) and 423.568(i) and for additional guidance, see the Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance for when it may be appropriate to dismiss a coverage request.)*

---

## 您有疑問嗎？

如果您對本通知有疑問，請與 <<IPA >> 聯絡：

免費電話：<<IPA Number>>

營業日與營業時間：<<IPA Hours of Operation>>

TTY 使用者電話：<<IPA TTY>

營業日與營業時間：<<IPA Hours of Operation>>

如果您對我們駁回您承保要求的決定有異議，您有兩種選擇：

1. 如果您認為我們駁回您的承保要求 (例如：您認為您是適當的當事方) 不正確，您可要求我們審查我們的駁回決定。我們必須在本駁回通知日期起的 **60 個曆日**內透過郵件 P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800 或透過傳真 (909) 890-5748 收到您的上訴。請在上訴中附上本**承保要求駁回通知**的副本以及任何佐證資訊，並說明為何您認為此駁回通知有誤。
2. 您可要求我們撤銷 (取消) 此駁回行動。如果我們發現提出要求的人士是適當的當事方，因而判定有正當理由應撤銷駁回決定，我們將會撤銷駁回決定並審查您的承保要求。我們的辦公室必須在本通知日期起的 **6 個月**內透過郵件 <<IPA Mailing Address>> 或透過傳真 <<IPA Fax Number>> 收到您希望我們撤銷此駁回決定的要求。請在要求中附上本**承保要求駁回通知**的副本以及任何佐證資訊。

*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。*