

<<IPA LOGO>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Aviso de Denegación de Solicitud de Cobertura

Fecha:

Nombre del Afiliado:

Número de Identificación del Afiliado:

(Inserte el nombre del proveedor no contratado, si corresponde):

Nombre del Plan: IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Teléfono: <<IPA Phone Number>> Fax: <<IPA Fax>>

Hemos denegado la solicitud de cobertura que usted presentó el *(insert date)*.

No podemos procesar su solicitud porque: *(explique el motivo específico de la denegación y lo que falta en la solicitud; por ejemplo, la persona que presenta la solicitud no es una parte competente y no hay un formulario de designación de representación (appointment of representation, AOR). 42 CFR §§ 422.568(g), 422.631(e) y 423.568(i) y para obtener orientación adicional, vea el documento "Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance para saber cuándo podría ser apropiado denegar una solicitud de cobertura).*

¿Tiene Preguntas?

Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor comuníquese con <<IPA>> al:

Número Gratuito: <<IPA Number>>

Días y horario de atención: <<IPA Hours of Operation>>

Número para Usuarios de TTY: <<IPA TTY>>

Días y horario de atención: <<IPA Hours of Operation>>

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de cobertura, usted tiene dos opciones:

1. Si cree que hemos denegado incorrectamente su solicitud de cobertura (por ejemplo, cree que es una parte competente), puede solicitar que revisemos nuestra denegación. Su apelación debe ser recibida por nosotros en P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800 o por fax al (909) 890-5748 dentro de los **60 días calendario** siguientes a la fecha de este aviso de denegación. Incluya una copia de este ***Aviso de Denegación de Solicitud de Cobertura*** junto con cualquier información de respaldo con su apelación y explique por qué cree que la denegación es incorrecta.
2. Usted puede pedirnos que anulemos (dejemos sin efecto) la acción de denegación. Si determinamos que hay una buena causa para anular la denegación porque hallamos que la persona que hizo la solicitud es una parte competente, anularemos la denegación y revisaremos su solicitud de apelación. Su solicitud de anular esta denegación debe ser recibida por nuestra oficina en <<IPA Mailing Address>> o por fax al <<IPA Fax Number>> dentro de los **6 meses** de la fecha de este aviso. Incluya una copia de este *Aviso de Denegación de Solicitud de Cobertura* y cualquier información de respaldo junto con su solicitud.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.