

<IPA>

<<Date>>

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

承保決定函

會員健保計畫會員卡號碼：<<Member ID>>

與本信函有關的服務 / 用品：

參考編號：

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 在本信函中稱為「本計畫」或「我們」。我們是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計畫，同時為此兩項方案提供承保。本計畫會為您協調 Medicare 和 Medi-Cal 服務以及您的醫生、醫院、藥房和其他健康照護服務提供者。

本計畫已<拒絕 or 部分拒絕 or 減少 or 終止 or 暫停>下列服務：

[Insert description of service or item being denied, partially denied, reduced, stopped, or suspended, and include doctor or provider's name if a particular doctor or provider requested the service or item.]

本計畫作出此決定的原因如下 *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service/item was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision. Write rationale in plain language – see instructions for more information]*。

[Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service or item the individual has already been receiving: 本計畫將會在 <effective date> <減少 or 終止 or 暫停>您的服務。]

您有權針對我們的決定提出上訴

您可針對本計畫的決定提出上訴。請與您的健康照護服務提供者分享本信函並諮詢接下來該怎麼做。如果您提出上訴，而本計畫變更其決定，我們可能會給付服務費用。

您也可致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 並向我們免費索取一份我們在作決定時所使用的資訊。其中可能包括健康紀錄、準則及其他文件。您應向您的健康照護服務提供者出示這些資訊，以協助您決定是否應提出上訴。

您必須在 *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]* 之前提出上訴。如果您有正當理由，本計畫可能會給您更多時間。

上訴分為兩種類型

本計畫有兩種類型的上訴 – 標準上訴和快速上訴。

1. 如果您申請標準上訴，本計畫將會在收到您上訴後的 7 個曆日內將書面決定寄給您。
2. 如果您申請快速上訴，本計畫將會在收到您上訴後的 72 小時內給您決定。如果您或您的健康照護服務提供者認為等候決定長達 7 個曆日的時間可能會使您的健康嚴重受損，您可申請快速上訴。備註：如果本計畫拒絕給付您已獲得的服務，則您不得進行快速上訴。

如果健康照護服務提供者代您申請快速上訴，或者健康照護服務提供者為您的要求提供佐證，本計畫將會自動為您進行快速上訴。如果您申請快速上訴，但沒有健康照護服務提供者的佐證，本計畫將會判定您是否可獲得快速上訴。如果本計畫未核准快速上訴，我們將會在 7 個曆日內針對您的上訴給您決定。

如何提出上訴

您本人、您透過書面方式指定擔任您代理人以代您行事的人士 (例如親戚、朋友或律師) 或是您的健康照護服務提供者均可提出上訴。您可與本計畫聯絡以透過下列其中一種方式提出上訴：

- **電話**：請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)
- **傳真**：請寄送傳真至 909-890-5748
- **郵寄**：請將上訴郵寄至 IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
- **當面**：請將上訴遞交至 10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

如果您透過書面方式提出上訴，請保留一份副本。如果您致電，我們將會寄信給您說明您在電話中所告知我們的資訊。

當您提出上訴時，您必須向本計畫提供下列資訊：

- 您的姓名
- 您的地址或是您上訴相關資訊的收件地址 (如果您目前沒有地址，您仍可提出上訴)
- 您在本計畫的會員號碼
- 您針對本計畫決定提出上訴的原因
- 您想提出標準上訴還是快速上訴 (若為快速上訴，請告知我們為何您需要進行快速上訴。)
- 您希望本計畫審查且可證明為何您需要該服務的任何資訊。例如，您可寄送下列資訊給我們：
 - 由健康照護服務提供者所提供的病歷；
 - 由健康照護服務提供者所提供的信函 (例如由健康照護服務提供者所提供的聲明，說明為何您需要進行快速上訴)；或
 - 可說明為何您需要該服務的其他資訊

如欲取得有關如何提出上訴的進一步資訊，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。您也可在本計畫的《承保範圍證明》中找到進一步資訊。您可隨時在我們的網站 www.iehp.org 取得最新版的《承保範圍證明》或者致電與本計畫聯絡。

如何在上訴期間繼續獲得服務

如果您目前已在接受本信函第一頁所列的服務，您可要求在上訴期間繼續接受該服務。

- 您必須在本通知日期起的 10 個曆日內提出上訴並要求本計畫讓您繼續接受服務。
- 請參閱本信函前面的「如何提出上訴」一節以瞭解有關如何與本計畫聯絡的資訊。
- 如果您要求本計畫繼續提供您的服務，您的服務將會在上訴期間保持不變。
- 如果健康照護服務提供者代您提出上訴且您想繼續接受服務，則健康照護服務提供者必須附上您的書面同意書。

接下來的流程為何

在您提出上訴之後，本計畫將會寄給您一封上訴決定函，以告知您我們是核准還是拒絕您的上訴。如果本計畫仍拒絕本承保決定函第一頁所列的服務，上訴決定函中將會告知您後續流程，例如與 Medicare 第 2 級上訴有關的資訊或是與如何向加州社會服務部申請州政府聽證會有關的資訊。

如果您需要上訴相關協助該怎麼辦

您可請人代您提出上訴並代您行事。您必須先遵循下述步驟以透過書面方式指定該人士擔任您的「代理人」。您的代理人可以是親戚、朋友、律師、醫生、健康照護服務提供者或是您所信任的其他人。

如果您想請人代您提出上訴：

- 請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 與本計畫聯絡以瞭解如何指定該人士擔任您的代理人。或者，您可前往 [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me)。
- 您和您的代理人必須簽署一份聲明並註明日期，以表明這是出自於你們的意願。
- 請將簽好名的聲明寄送或傳真給我們，聯絡資訊如下：

IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,
CA 91730

傳真：909-890-5748

- 請保留一份副本。

取得協助及進一步資訊

- **IEHP DualChoice 會員服務部**：請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。您也可前往 www.iehp.org。
- **加州健康照護服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 監察人辦公室**：撥打 1-888-452-8609。如果您有上訴方面的問題，監察人辦公室可回答問題。他們也可協助您瞭解接下來該怎麼做。他們與本計畫或任何保險公司或健保計畫均無關聯。監察人辦公室的服務為免費提供。
- **加州健康保險諮詢與倡導方案 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**：請致電 1-800-434-0222 (TTY: 711)。HICAP 的諮詢人員可協助您處理 Medicare 問題，包括如何提出上訴。HICAP 與任何保險公司或健保計畫均無關聯。HICAP 的服務為免費提供。
- **Medicare**：請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (TTY 使用者請致電 1-877-486-2048)。或請前往 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)。
- **Medi-Cal**：請致電 1-800-541-5555 (TTY: 711)。
- **Medicare 權利中心**：請致電 1-800-333-4114 或前往 www.medicarerights.org。
- **老年人照護協尋機構**：請致電 1-800-677-1116 或前往 www.eldercare.acl.gov 以查找位於您社區的協助。

您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字版、盲文版或語音版。請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。這是免付費電話。

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。