

Thông Báo Về Việc Bác Bỏ Yêu Cầu Bồi Thường Bảo Hiểm

Ngày:

Tên người đăng ký:

Mã tài khoản người đăng ký:

Số tham chiếu:

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

Tên chương trình: IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Chương trình Medicare-Medicaid)

Điện thoại: <Phone number>

Fax: <Fax number>

Chúng tôi đã bác bỏ yêu cầu bồi thường bảo hiểm mà quý vị đã nộp vào ngày *(insert date)*.

Chúng tôi không thể xử lý yêu cầu của quý vị bởi vì: *(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.)*

Quý Vị Có Câu Hỏi Nào Khác?

Nếu quý vị có thắc mắc nào khác về thông báo này, vui lòng liên hệ IEHP DualChoice/IPA tại:

Số điện thoại miễn cước: <Phone number> Ngày & giờ hoạt động: <Hours (PST), # days a week, including holidays>

Số điện thoại miễn cước cho người dùng TTY: <TTY number> Ngày & giờ hoạt động: <Hours (PST), # days a week, including holidays>

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bác bỏ yêu cầu bồi thường bảo hiểm, quý vị có hai lựa chọn:

1. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã bác bỏ yêu cầu bồi thường bảo hiểm của quý vị một cách không xác đáng, chẳng hạn như quý vị tin rằng mình là bên thích hợp, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này. Chúng tôi phải nhận được đơn kháng cáo của quý vị tại 10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730 hoặc qua fax theo số (909) 890-5748 trong vòng **60 ngày theo lịch** kể từ ngày ra thông báo bác bỏ này. Bao gồm một bản sao của **Thông Báo Về Việc Bác Bỏ Yêu Cầu Bồi Thường**

Bảo Hiểm, cùng với bất kỳ thông tin bổ sung nào trong đơn kháng cáo của quý vị và giải thích lý do tại sao quý vị cho rằng việc bác bỏ là không xác đáng.

2. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hủy bỏ (vô hiệu) hành động bác bỏ này. Nếu chúng tôi xác định có lý do chính đáng để hủy bỏ bác bỏ này vì nhận thấy rằng người đưa ra yêu cầu là bên thích hợp, chúng tôi sẽ hủy bác bỏ của mình và xem xét yêu cầu bồi thường bảo hiểm của quý vị. Yêu cầu vô hiệu bác bỏ này phải được nộp cho văn phòng của chúng tôi <insert address/fax/phone for filing appeal requests> trong vòng **6 tháng** từ ngày ra thông báo này. Bao gồm một bản sao của *Thông Báo Về Việc Bác Bỏ Yêu Cầu Bồi Thường Bảo Hiểm* cùng với bất kỳ thông tin bổ sung nào cho yêu cầu của quý vị.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) là Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế đã ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho những người đăng ký.