

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

Denegación de Nombramiento de Representante (AOR)

Nombre del Miembro: <<Member Name>> **N.º de Identificación de Miembro:** <<Member ID>>

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

Estimado/a y valioso/a Miembro de <<IPA>>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para informarle que recibimos la solicitud que usted presentó el <insert date>. Usted pidió tener a alguien para que actuara en su nombre; sin embargo, no recibimos un formulario de “Nombramiento de Representante” (*Appointment of Representative*, AOR) llenado. De modo que no podemos procesar su solicitud.

Tendrá que llenar y enviar por correo el formulario AOR adjunto u otro aviso según se describe a continuación. Llámenos (al número en la próxima página) si aún necesita ayuda para que su solicitud se procese.

Si envía su propia solicitud por escrito, debe tener todos los datos que se incluyen en la lista a continuación: (Marque el círculo junto a cada ítem completado).

- Su nombre, domicilio y número de teléfono.
- Su número de Medicare, que está en el frente de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o su identificación para Miembros de IEHP DualChoice, que está en el frente de su Tarjeta para Miembros de IEHP DualChoice.
- El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona que usted quisiera que actúe en su nombre.
- Una declaración que diga que usted autoriza a tal persona a actuar en su nombre para la solicitud.
- Una declaración que diga que usted autoriza a IEHP DualChoice a mostrar su información de salud a su representante.
- Su firma y la fecha.
- La firma de la persona que usted desea que actúe en su nombre, junto con la fecha.
- Una declaración de la persona que usted desea que actúe en su nombre, que diga que tal persona acepta el nombramiento.

Puede enviar su solicitud en el sobre (con el domicilio impreso y el franqueo pagado) adjunto a esta carta, o puede enviar los documentos por fax al **<enter fax number>**.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea conocer el estado de su caso, comuníquese con <<IPA>> al <<IPA Phone Number>>, <<Hours of operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<TTY Number>>.

Gracias por ser un valioso Miembro de <<IPA>>.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

Documentos adjuntos: Formulario 1696 de los CMS “Nombramiento de Representante” y sobre con el domicilio impreso y el franqueo pagado.

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.