

<<IPA Logo>>

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

要求代表委任書 (AOR)

會員姓名：

會員卡號碼：

健保計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

電話： 1-877-273-IEHP (4347)

<<Member Name>>，您好：

我們希望您一切安好。本信函旨在告知您，獨立醫師協會 (IPA) 已收到您針對某項用品、服務或藥物所提出的承保要求。您要求某人協助您處理此要求。在我們可與其他任何人洽談之前，Medicare 需要您填寫隨附的「代表委任書」表格或者寄送您自己的書面要求。

如果您寄送您自己的書面要求，其必須包含下列所有詳細資訊：(請針對每項完成的項目在旁邊的圓圈打勾。)

- 您的姓名、地址及電話號碼。
- 您的 Medicare 號碼，該號碼列於您紅白藍 Medicare 卡的正面；或是您的 IEHP DualChoice 會員卡號碼，該號碼列於您 IEHP DualChoice 會員卡的正面。
- 您希望由其代表您行事之人士的姓名、地址及電話號碼。
- 您授權該人士就此要求代表您行事的聲明書。
- 您授權 IEHP DualChoice 向您的代表提供您健康資訊的聲明書。
- 您的簽名與簽名日期。
- 您希望由其代表您行事之人士的簽名與簽名日期。
- 您希望由其代表您行事之人士所提供的聲明，表示其接受您的委任。

您必須在 <MM/DD/YYYY> 之前使用隨附於本信函 (已列有回郵地址且郵資已付) 的信封將您的要求寄給我們，或者您可將文件傳真至 <enter fax number here>。

如果我們沒有在上述日期之前收到文件，您的要求可能會遭到拒絕。

如果您有關於此通知的疑問或想瞭解您個案的進度，請致電 <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 聯絡，服務時間為 <<IPA Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<IPA TTY Number>>。

感謝您成為 <<IPA>> 的重要會員。

敬祝安康，

<<IPA>>

附件：CMS 1696 表格「代表委任書聲明」及列有回郵地址且郵資已付的信封。

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。