

<<IPA>>

<<Date>>

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

## 承保決定函

會員健保計畫編號：<<Member ID>>

本函相關服務 / 用品：

參考編號：

在本函中，IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 稱為「本計畫」或「我們。我們是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健保計畫，為這兩種方案提供承保。本計畫會協調您的 Medicare 和 Medi-Cal 服務以及您的醫師、醫院、藥房和其他健康照護服務提供者。

本計畫已拒絕下列服務：

*[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.]*

本計畫做出此決定是因為*[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]*。

### 您有權對我們的決定提出上訴

您可以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函並詢問後續步驟相關事宜。如果您提出上訴而本計畫改變其決定，我們可能會支付服務費用。

您也可以撥打 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)，向本計畫索取我們做決定所使用之資訊的免費副本。這些資訊可能包括病歷、準則和其他文件。您應該向您的健康照護服務提供者出示這些資訊，以便其幫助您決定您是否應該提出上訴。

您的上訴截止日期是 *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*。如果您有正當理由，本計畫可能會給您更多時間。

## 上訴有兩種類型

本計畫有兩種上訴類型 – 標準上訴和快速上訴。

1. 如果您要求**標準上訴**，本計畫會在收到您的上訴後 **30 個日曆日**內寄送書面決定給您。
2. 如果您要求**快速上訴**，本計畫會在收到您的上訴後 **72 小時**內做出決定回覆您。如果您或您的健康照護服務提供者認為等待決定長達 **30 個日曆日**可能會**嚴重損害**您的健康，您可以要求快速上訴。**備註**：如果本計畫已拒絕支付您已取得之服務的費用，您便無法進行快速上訴。

如果您的**健康照護服務提供者為您要求快速上訴**，或如果您的**健康照護服務提供者為您的要求提供佐證**，本計畫會**自動**為您進行快速上訴。如果您要求快速上訴但沒有健康照護服務提供者的佐證，本計畫會判定您是否可進行快速上訴。如果本計畫未核准快速上訴，我們會在 **30 個日曆日**內回覆對於您上訴的決定。

對於標準上訴和快速上訴，如果您要求更多時間，或如果我們需要您提供更多資訊，我們可能需要更長時間來做決定。本計畫會發函給您，告知我們是否需要更多時間以及原因。

## 如何提出上訴

您、您以書面方式指定擔任您代表的人 (例如親戚、朋友或律師) 或您的健康照護服務提供者都可以提出上訴。您可以聯絡本計畫，以下列其中一種方式提出上訴：

- **電話**：致電 IEHP DualChoice 會員服務部，電話 1-877-273-4347 (TTY 使用者：1-800-718-4347)
- **傳真**：發送傳真至 909-890-5748
- **郵寄**：郵寄至 IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
- **親自出面**：遞送至 10801 6<sup>th</sup> Street, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

如果您以書面方式提出上訴，請保留複本。如果您打電話，我們會發函給您，記錄您在電話中告知我們的內容。

您提出上訴時，您必須提供本計畫以下資訊：

- 您的姓名
- 您的地址或我們寄送您上訴相關資訊時應使用的地址 (如果您目前沒有地址，您還是可以提出上訴)
- 您在本計畫的會員編號
- 您對我們的決定提出上訴的理由
- 您想提出標準上訴還是快訴上訴。(如果是快速上訴，請告訴我們您需要快速上訴的理由。)
- 您希望本計畫參考的任何資訊，證明您為何需要相關服務。例如，您可以將以下資訊寄給我們：
  - 您的健康照護服務提供者提供的病歷、
  - 您的健康照護服務提供者提供的信函 (例如您的健康照護服務提供者提供的聲明，說明您為何需要快速上訴)，或
  - 其他可說明您為何需要相關服務的資訊

如欲取得更多有關如何提出上訴的資訊，請致電會員服務部，電話 1-877-273-4347 (TTY 使用者：1-800-718-4347)。您也可在本計畫的承保證明中找到更多資訊。您可隨時在我們的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 取得最新版的承保證明，或者您可致電與本計畫聯絡。

## 如何在進行上訴期間繼續接受服務

如果您已經在接受本函第一頁所列的服務，您可要求在進行上訴期間繼續接受該服務。

- **您必須在本通知日期起的 10 個日曆日內提出上訴並要求本計畫讓您繼續接受服務。**
- 請參閱本函前文中的「如何提出上訴」部分，查詢有關如何與本計畫聯絡的資訊。
- 如果您要求本計畫讓您繼續接受服務，您的服務在您進行上訴期間將保持不變。
- 如果您的健康照護服務提供者要為您提出上訴，而您希望繼續接受您的服務，則您的健康照護服務提供者必須提供您的書面同意書。

## 接下來的流程為何

您提出上訴後，本計畫會寄送上訴決定函給您，告知我們是核准還是拒絕您的上訴。如果本計畫仍拒絕支付本承保決定函第一頁所列服務的費用，上訴決定函會告訴您接下來的流程為何，例如有關 Medicare 層級 2 上訴或如何向加州社會服務部要求州政府聽證會的資訊。

## 如果您需要協助處理上訴該怎麼辦

您可以請某人為您提出上訴並擔任您的代表。您必須先按照以下步驟，以書面方式將對方指定為您的「代表」。您的代表可以是親戚、朋友、律師、醫師、健康照護服務提供者或其他您信任的人。

如果您希望某人為您提出上訴，請採取以下行動：

- 致電本計畫，電話 1-877-273-4347 (TTY 使用者：1-800-718-4347)，瞭解如何將對方指定為您的代表。或者，您可以前往 [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)。
- 您和您的代表必須提供聲明，表示您希望這麼做，並為該聲明簽名並加註日期。
- 將簽署後的聲明郵寄或傳真給我們：

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

傳真：909-890-5748

- 保留副本。

## 取得協助及更多資訊

- **IEHP DualChoice 會員服務部**：請撥打 1-877-273-4347 (TTY 使用者：1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。您也可以前往 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。
- **加州醫療保健服務部 (DHCS) 監察人辦公室**：請撥打 1-888-452-8609。如對您的上訴有任何問題，監察人辦公室可以解答您的疑問。他們也能幫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沒有任何關聯。他們提供免費服務。
- **加州健康保險諮詢和倡導方案 (HICAP)**：請撥打 1-800-434-0222 (TTY 使用者：711)。HICAP 顧問可幫助您解決 Medicare 相關問題，包括如何提出上訴。HICAP 與任何保險公司或健保計畫均沒有任何關聯。他們提供免費服務。
- **Medicare**：請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。或者，請前往 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。
- **Medi-Cal**：請撥打 1-800-541-5555 (TTY 使用者：711)。
- **Medicare 權利中心**：請撥打 1-800-333-4114，或前往 [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org)。
- **年長者照護查詢機構**：請撥打 1-800-677-1116，或前往 [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov)，查詢您社區內的幫助資源。

---

您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字體、盲文或語音版本。請撥打 1-877-273-4347 (TTY 使用者：1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 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。*