

## 承保申請遭拒通知書

---

日期：

參保者姓名：

參保者 ID 號碼：

參考號碼：

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

計劃名稱：IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 計劃)

電話： <Phone number>

傳真： <Fax number>

---

我們拒絕了您於 *(insert date)* 提交的承保申請。

出於以下原因，我們無法處理您的申請：*(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.)*

---

### 您是否有疑問？

如果您對本通知有任何疑問，請聯絡 IEHP DualChoice/IPA，電話：

免費電話： <Phone number> 服務時間： <Hours (PST), # days a week, including holidays>

TTY 使用者專線： <TTY number> 服務時間： <Hours (PST), # days a week, including holidays>

如果您不同意我們駁回您承保申請的決定，您有兩種選擇：

1. 如果您認為我們錯誤地駁回了您的承保申請，例如，您認為您是正當當事人，您可以申請讓我們就拒絕決定進行審查。我們必須在本拒絕通知之日起的 **60 個日曆日**內收到您的上訴，地址：10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730，或傳真：(909) 890-5748。請在上訴時附上本承保申請遭拒通知書的副本以及任何支持性資料，並說明您認為拒絕決定有誤的原因。

2. 您可以申請讓我們撤回（撤銷）拒絕決定。如果我們因了解到提出申請的人士是正當當事人而確定有正當理由撤回拒絕決定，我們將撤銷此決定並審查您的承保申請。我們的辦公室必須在本通知之日起的 **6 個月** 內收到您的撤回拒絕決定申請，地址：*<insert address/fax/phone for filing appeal requests>*。請在您的申請中附上本承保申請遭拒通知書的副本以及支持性資料。

*IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 計劃)* 是與 *Medicare* 及 *Medi-Cal* 簽約的保健計劃，旨在為所有參保者提供這兩項計劃的福利。