

Aviso de rechazo de solicitud de cobertura

Fecha:

Nombre del afiliado:

Número de identificación del afiliado:

Número de referencia:

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

Nombre del plan: IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Teléfono: <Phone number>

Fax: <Fax number>

Rechazamos la solicitud de cobertura que presentó el *(insert date)*.

No es posible procesar su solicitud porque: *(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.)*

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con IEHP DualChoice/la Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA) al:

Línea telefónica gratuita: <Phone number> Días y horario de atención: <Hours (PST), # days a week, including holidays>

Línea para usuarios de TTY: <TTY number> Días y horario de atención: <Hours (PST), # days a week, including holidays>

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura, tiene dos opciones:

1. Si cree que rechazamos incorrectamente su solicitud de cobertura (por ejemplo, usted considera que reúne los requisitos), puede solicitar que revisemos nuestro rechazo. Debemos recibir su apelación en 10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730 o por fax al (909) 890-5748 en un plazo de **60 días**

consecutivos a partir de la fecha del aviso de rechazo. Incluya una copia de este *Aviso de rechazo de solicitud de cobertura* junto con cualquier información de respaldo con su apelación y explique el motivo por el que cree que el rechazo fue incorrecto.

2. Puede solicitar que anulemos (revisemos) la medida de rechazo. Si determinamos que existe un buen motivo para anular el rechazo por un hallazgo de que la persona que presentó la solicitud reúne los requisitos, anularemos nuestro rechazo y revisaremos su solicitud de cobertura. Nuestra oficina debe recibir la solicitud de anulación del rechazo <insert address/fax/phone for filing appeal requests> en un plazo de **seis meses** a partir de la fecha de este aviso. Incluya una copia de este *Aviso de rechazo de solicitud de cobertura* junto con cualquier información de respaldo con su solicitud.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.