

<<IPA LOGO>>

<<Member Name>>

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

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

Thông báo Bác bỏ Yêu cầu Bảo hiểm

Ngày:

Tên người ghi danh:

Số ID người ghi danh:

(Nhập tên nhà cung cấp dịch vụ không theo hợp đồng, nếu có):

Tên Chương trình: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Số điện thoại:<<IPA Phone Number>>

Fax: <<IPA Fax>>

Chúng tôi đã bác bỏ yêu cầu bảo hiểm được quý vị gửi vào *(nhập ngày)*.

Chúng tôi không thể xử lý yêu cầu của quý vị vì: *(giải thích lý do cụ thể cho việc bác bỏ và những điều còn thiếu trong yêu cầu -- ví dụ: người đưa ra yêu cầu không phải là một bên thích hợp và không có mẫu đơn chỉ định đại diện (AOR). 42 CFR §§ 422.568(g), 422.631(e) và 423.568(i) và để được hướng dẫn thêm, hãy xem Phần C & D Khiếu nại Người ghi danh, Xác định của Tổ chức/Bảo hiểm và Hướng dẫn Khiếu nại vào thời điểm nào có thể thích hợp để bác bỏ một yêu cầu bảo hiểm.)*

Quý vị có thắc mắc?

Nếu quý vị có thắc mắc về thông báo này, vui lòng liên hệ với <<IPA>> theo số:

Số điện thoại miễn phí: <<IPA Number>>

Ngày & giờ hoạt động: <<IPA Hours of Operation>>

Số điện thoại cho người dùng TTY: <<IPA TTY>>

Ngày & giờ hoạt động: <<IPA Hours of Operation>>

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bác bỏ yêu cầu bảo hiểm của chúng tôi, quý vị có hai lựa chọn:

1. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã bác bỏ yêu cầu bảo hiểm của quý vị một cách không chính xác (ví dụ: quý vị cho rằng quý vị là một bên thích hợp), quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xem xét bác bỏ của chúng tôi. Chúng tôi phải nhận được đơn kháng nghị của quý vị tại P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800 hoặc qua fax theo số (909) 890-5748 trong vòng **60 ngày dương lịch** kể từ ngày nhận được thông báo bác bỏ này. Đính kèm một bản sao của ***Thông báo Bác bỏ Yêu cầu Bảo hiểm*** này cùng với bất kỳ thông tin hỗ trợ nào trong đơn kháng nghị của quý vị và giải thích lý do tại sao quý vị cho rằng việc bác bỏ là không chính xác.
2. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hủy bỏ (bỏ qua) hành động bác bỏ. Nếu chúng tôi xác định có lý do chính đáng để hủy bỏ việc bác bỏ vì chúng tôi nhận thấy rằng người đưa ra yêu cầu là một bên thích hợp, chúng tôi sẽ hủy bỏ việc bác bỏ của chúng tôi và xem xét yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Văn phòng của chúng tôi phải nhận được yêu cầu hủy bỏ bác bỏ này của quý vị tại <<IPA Mailing Address>> hoặc bằng fax tại <<IPA Fax Number>> trong vòng **6 tháng** kể từ ngày nhận được thông báo này. Đính kèm một bản sao của ***Thông báo Bác bỏ Yêu cầu Bảo hiểm*** này cùng với bất kỳ thông tin hỗ trợ nào đi cùng với yêu cầu của quý vị.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.