

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

撤銷代表委任書 (AOR)

會員姓名：<<Member Name>>

會員卡號碼：<<Member ID>>

健保計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
電話：<<IPA Number>>

尊貴的 <<IPA>> 會員：

我們希望您一切安好。本信函旨在告知您，我們已收到您於 <insert date> 所提出的要求。您要求請他人代表您行事，但我們並未收到填妥的「代表委任書」(Appointment of Representative, AOR) 表格。因此，我們無法處理您的要求。

您將需填寫隨附的代表委任書 (AOR) 表格並將該表格或下述其他通知郵寄給我們。如果您仍需協助處理您的要求，請致電 (下一頁所列的電話號碼) 與我們聯絡。

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。

您可使用隨附 (已列有回郵地址且郵資已付的) 信封將您的要求連同本信函寄給我們，或者您可將文件傳真至 <enter fax number>。

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 <<Hours of operation>>。TTY 使用者請致電 <<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。