

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

Hủy bỏ Chỉ định Người đại diện (AOR)

Tên Hội viên: <<Member Name>>

Số ID Hội viên: <<Member ID>>

Tên Chương trình Bảo hiểm Y tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Điện thoại: <<IPA Number>>

Kính gửi Quý Hội viên của <<IPA>>,

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi viết thư này để thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được yêu cầu quý vị gửi vào <insert date>. Quý vị đã yêu cầu một người đại diện cho quý vị, tuy nhiên, chúng tôi không nhận được mẫu đơn “Chỉ định Đại diện” (AOR) hoàn chỉnh. Vì vậy, chúng tôi không thể xử lý yêu cầu của quý vị.

Quý vị sẽ cần điền và gửi mẫu đơn AOR đính kèm hoặc thông báo khác được mô tả bên dưới qua đường bưu điện. Vui lòng gọi cho chúng tôi (theo số ở trang tiếp theo) nếu quý vị vẫn cần trợ giúp để xử lý yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản tự biên, yêu cầu đó phải có tất cả các chi tiết trong danh sách dưới đây: (Đánh dấu vào vòng tròn bên cạnh mỗi mục đã hoàn thành.)

- Tên, địa chỉ và số điện thoại của quý vị;
- Số Medicare của quý vị, ở mặt trước thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị; hoặc ID Hội viên IEHP DualChoice của quý vị, ở mặt trước của Thẻ Hội viên IEHP DualChoice của quý vị.
- Tên, địa chỉ và số điện thoại của người mà quý vị muốn đại diện cho mình.
- Một tuyên bố rằng quý vị cho phép người đó thay mặt quý vị thực hiện yêu cầu.
- Một tuyên bố rằng quý vị cho phép IEHP DualChoice hiển thị thông tin y tế của quý vị cho đại diện của quý vị.
- Chữ ký của quý vị và ngày tháng.
- Chữ ký của người quý vị muốn thay mặt quý vị, cùng với ngày tháng.
- Một tuyên bố từ người mà quý vị muốn thay mặt quý vị — rằng anh ấy/cô ấy/họ chấp nhận chỉ định.

Quý vị có thể gửi yêu cầu của mình trong phong bì (có ghi địa chỉ, đã thanh toán bưu phí) kèm theo lá thư này, hoặc quý vị có thể gửi fax tài liệu đến <enter fax number>.

Nếu quý vị có câu hỏi về thông báo này hoặc muốn biết tình trạng trường hợp của mình, vui lòng liên hệ <<IPA>> tại <<IPA Phone Number>>, <<Hours of operation>>. Người dùng TTY xin gọi <<TTY Number>>.

Cảm ơn quý vị đã là một Hội viên quan trọng của <<IPA>>.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

Gửi kèm: Mẫu đơn CMS 1696 "Tuyên bố Chỉ định Người Đại diện" và phong bì có ghi địa chỉ, đã thanh toán bưu phí.

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.