

<<IPA>>

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

Tên Hội viên: <Member Name>

ID Hội viên#: <Member ID>

Tên Bác sĩ: < Requesting Provider>

Dịch vụ được Yêu cầu: <Service
Category>

Ngày Yêu cầu: <MM/DD/YYYY>

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

Số điện thoại của Chương trình Bảo hiểm Y tế: 1-877-273-IEHP (4347), người dùng TTY
xin gọi số 1-800-718-4347

Thời gian Hoạt động của Chương trình Bảo hiểm Y tế: 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST),
7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ

Tên của Bác sĩ Tham dự: <Doctor>

Kính gửi <Member>:

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi viết thư này liên
quan đến yêu cầu của quý vị hoặc của Bác sĩ của quý vị về quyết định bảo hiểm [72 giờ
nhanh (delete if this does not apply)] về dịch vụ đã nêu ở trên. <<IPA>> cần kéo dài thời
gian xem xét của chúng tôi qua khung thời gian <72 giờ hoặc 14 ngày theo lịch>.

Chúng tôi cần gia hạn yêu cầu của quý vị thêm <insert #> ngày vì:

LỰA CHỌN 1: Quý vị hoặc Bác sĩ của quý vị đã yêu cầu kéo dài khung thời gian để có
thể thu thập thêm thông tin. [<<IPA>> or its delegated Doctor must explain how the need for
this additional information is reasonable and necessary and in the interest of the Member.]

LỰA CHỌN 2: Chúng tôi thấy rằng cần có thêm thông tin để giúp chúng tôi xem xét yêu
cầu của quý vị hoặc của Bác sĩ của quý vị. [<<IPA>> or its delegated Doctor must explain
how the need for this additional information is reasonable and necessary, and in the interest of
the Member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted
Doctors or additional tests may change a Medicare Advantage Organization's (MAO's) or
Doctor /Medical Group's decision to deny.]

Chúng tôi sẽ không gia hạn yêu cầu [72 giờ nhanh (delete if this does not apply)] của quý
vị quá 14 ngày theo lịch kể từ ngày yêu cầu giải quyết nhanh hoặc tiêu chuẩn.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn bằng lời hoặc bằng văn bản (khiếu nại) cho IEHP DualChoice nếu quý vị không đồng ý với hành động trì hoãn quyết định của chúng tôi. Quy trình khiếu nại cho phép Hội viên nộp đơn khiếu nại với IEHP DualChoice về các vấn đề khác với các khiếu nại hoặc dịch vụ bị từ chối. IEHP DualChoice phải trả lời đơn khiếu nại cấp tốc trong vòng 24 giờ sau khi nhận được. Để nộp đơn khiếu nại khẩn, quý vị hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị nên gọi điện thoại, gửi thư hoặc fax đơn khiếu nại của quý vị tới:

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Số điện thoại Miễn phí: 1-877-273-IEHP (4347) hoặc số cho người dùng TTY 1-800-718-4347

Fax: 1-909-890-5748

Chúng tôi sẽ tiếp tục nỗ lực để có được thông tin cần thiết để có thể hoàn thành việc xem xét vấn đề này. Vui lòng gửi thêm bất kỳ câu hỏi hoặc thông tin nào đến <<IPA>> Ban Dịch Vụ Hội Viên tại <<Number>>, <<Hours/Days>>. Người dùng TTY xin gọi <<Number>>.

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

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

cc: Bác sĩ nếu Bác sĩ được yêu cầu.