<<IPA LOGO>>
<<IPA Contact Information>>

<<Date>>

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

不承保的詳細說明

日期：

患者姓名：　　患者編號：

本通知說明為何您的醫療服務提供者和/或健保計劃決定 Medicare 對您目前服務的承保應該終止。***本通知不是對您上訴的決定。***您的上訴決定將由品質改進組織 (QIO) 提供。

為何您的服務不再屬於承保範圍

我們已審查您的個案，並決定 Medicare 對於您 {insert type} 的承保應該終止。

• 作出此決定時依據的事實：

• 詳細解釋為何您的服務不再屬於承保範圍，以及用於作出此決定的 Medicare 承保規則：

• 用於作出決定的特定計劃政策(僅限健保計劃)：

如果您想要索取作出此決定時使用的政策或準則副本，或寄送給 QIO 的文件副本，請致電與我們聯絡：<<IPA>>，電話號碼 <<**IPA Phone Number>>**，服務時間：<<Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 **<<TTY Number>>。**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

您有權獲得與您相關資訊的無障礙格式版本 (如大字體、盲人點字或語音版本)。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。請前往 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得更多資訊。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

©2025 Inland Empire Health Plan。公共實體。保留所有權利。H8894_DSNP_25_5594713_C_CH