<<IPA LOGO>>

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

Aviso de Desestimación de Solicitud de Cobertura

Fecha:

Nombre del afiliado: **Número de Identificación del Afiliado:**

(Insert non-contract provider name, if applicable):

Nombre del Plan de Salud: Teléfono: Fax:

Hemos desestimado la solicitud de cobertura que usted presentó el *(insert date).*

No podemos procesar su solicitud porque: *(explain the specific reason for dismissal and what is missing from the request -- e.g., person making the request is not a proper party and there isn't an appointment of representation (AOR) form. See 42 CFR §§ 422.568(g), 422.631(e), 423.568(i) and the Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance for when it may be appropriate to dismiss a coverage request.)*

Qué debe hacer a continuación

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de desestimar su solicitud de cobertura, usted tiene dos opciones:

1. Si cree que hemos desestimado incorrectamente su solicitud de cobertura (por ejemplo, si usted considera que <*insert reason* (e.g., you are a proper party)>), puede solicitar que revisemos nuestra desestimación. Su apelación debe ser recibida por nosotros en <*insert address/fax/phone for filing appeal requests* > dentro de los **65 días calendario** de la fecha de este aviso de desestimación. **Incluya una copia de este *Aviso de Desestimación de Solicitud de Cobertura*** y cualquier información de respaldo con su apelación y explique por qué cree que la desestimación fue incorrecta.

©2025 Inland Empire Health Plan. Todos los Derechos Reservados.

2. Usted puede pedirnos que dejemos sin efecto (anulemos) la acción de desestimación. Si determinamos que hay una buena causa para anular la desestimación porque <*insert reason for finding good cause--e.g., a finding that the person who made the request is a proper party*>, anularemos la desestimación y revisaremos su solicitud de cobertura. Debemos recibir su solicitud para anular esta desestimación en nuestra oficina en <*insert address/fax/phone*> dentro de los **6 meses** de la fecha de este aviso. Incluya una copia de este *Aviso de Desestimación de Solicitud de Cobertura* y cualquier información de respaldo junto con su solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor, comuníquese con *(Insert plan name)* al:

Número Gratuito: Días y horario de atención:

Número para Usuarios de TTY: Días y horario de atención:

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.