# 承保決定函

會員健保計劃編號：<<Member ID>>

本函相關服務 / 用品：<<Service/Item>>

參考編號：<<Reference Number>>

在本函中，IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 稱為「本計畫」或「我們」。我們是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健保計畫，為這兩種計劃提供承保。本計畫會協調您的 Medicare 和 Medi-Cal 服務以及您的醫生、醫院、藥房和其他醫療保健服務提供者。

### 本計畫已拒絕下列服務：

*[Insert de*s*cription of service, including* t*he amount, duration, and scope,* *of what the enrollee requested* (*e.g., physical therapy visits 2* *times per week for 1 year), and* *the outcome, denied, partially* d*enied, reduced, stopped, suspen*d*ed, or changed, and include the* *doctor or provider’s name if a* p*articular doctor or provider re*q*uested the service or item. If* *a service or item request is pa*r*tially denied, reduced, or chan*g*ed, include specifically what* w*as requested and what is approv*e*d (e.g., We are approving acupu*n*cture services for 3 months ins*t*ead of a full year, or We are a*p*proving moving a toilet to the* s*outh wall instead of the east w*a*ll of the bathroom, or We previ*o*usly approved 18 acupuncture vi*s*its per year but are now reduci*n*g the visits to only allow 10.)*]

[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability: **Please note, you will not be billed or owe any money for this service.]**

本計劃做出此決定的理由是：*[Provide a spe*c*ific denial reason and a concis*e *explanation of why the service* *was denied and include state or* *federal law and/or Evidence of* C*overage/  
Member or Enrollee Hand*b*ook provisions to support the d*e*cision in plain language. The* *plain language explanation of t*h*e decision should include: (1)* r*elevant context for the decisio*n *(e.g., if the medical servi*c*e was approved for the enrollee* *in the past, the description sh*o*uld include what was previously* *approved, when it was approved* a*nd by whom, and what has change*d *or is otherwise different now); (2) coverage information* c*onsidered including Medicare an*d *Medicaid coverage benefits; an*d*, (3) if applicable, informatio*n *on how or why the requested se*r*vice or item is not supported b*y *the enrollee’s needs – see i*n*structions for more information*]。

[Insert if denial will r**e**sult in a stoppage, suspension,or reduction of a service the i**n**dividual has already been recei**v**ing: **我們的計劃將在<Effective Date><減少或停止或暫停>您的服務。**See the **“**How to keep getting your servic**e** during your appeal” section la**t**er in this letter for informati**o**n about continuing to receive y**o**ur service during your appeal.]

## 您有權對我們的決定提出上訴

您可以對本計畫的決定提出上訴。請與您的健康照護服務提供者分享本函並詢問後續步驟相關事宜。如果您提出上訴而本計畫改變其決定，我們可能會支付服務費用。

您也可以致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY使用者：1-800-718-4347)，向本計畫索取我們做決定所使用之資訊的免費複本。這些資訊可能包括病歷、準則和其他文件。您應該向您的健康照護服務提供者出示這些資訊，以便其幫助您決定您是否應該提出上訴。

**您必須在下列日期前提出上訴：**[*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]。如果您有正當理由，本計畫可能會給您更多時間。

## 上訴有兩種類型

**本計畫有兩種上訴類型 – 標準上訴和快速上訴。**

1. 如果您要求**標準上訴**，本計畫會在**收到您的上訴後 30 個日曆日**內寄送書面決定  
   給您。
2. 如果您要求**快速上訴**，本計畫會在**收到您的上訴後 72 小時**內做出決定回覆您。如果您或您的健康照護服務提供者認為等待決定長達 **30 個日曆日**可能會**嚴重損害**您的健康，您可以要求快速上訴。**備註：**如果本計畫已拒絕支付您已取得之服務的費用，您便無法進行快速上訴。

如果您的**健康照護服務提供者為您要求**快速上訴，或如果您的**健康照護服務提供者為您的要求提供佐證**，本計畫會**自動**為您進行快速上訴。如果您要求快速上訴但沒有健康照護服務提供者的佐證，本計畫會判定您是否可進行快速上訴。如果  
本計畫未核准快速上訴，我們會在 **30 個日曆日**內回覆對於您上訴的決定。

對於標準上訴和快速上訴，如果您要求更多時間，或如果我們需要您提供更多資訊，我們可能需要更長時間來做決定。本計畫會發函給您，告知我們是否需要更多時間以及原因。

## 如何提出上訴

您、您以書面方式指定擔任您代表的人 (例如親戚、朋友或律師) 或您的健康照護服務提供者都可以提出上訴。您可以聯絡本計畫，以下列其中一種方式提出上訴：

* **電話：**致電 IEHP DualChoice 會員服務部，電話 1-877-273-4347   
  (TTY使用者：1-800-718-4347)
* **傳真：**發送傳真至 (909) 890-5748
* **郵寄：**郵寄至 IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800,   
  Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
* **當面：**遞送至 10801 Sixth Street, Rancho Cucamonga, CA 91730

如果您以書面方式提出上訴，請保留複本。如果您打電話，我們會發函給您，記錄您在電話中告知我們的內容。

您提出上訴時，您必須提供本計畫以下資訊：

* 您的姓名
* 您的地址或我們寄送上訴相關資訊時的收件地址 (如果您目前沒有地址，您仍可提出上訴)
* 您在本計畫的會員編號
* 您對我們的決定提出上訴的理由
* 您想提出標準上訴還是快速上訴 (如果是快速上訴，請告訴我們您需要快速上訴的理由。)
* 您希望本計畫參考的任何資訊，證明您為何需要相關服務。例如，您可以將以下資訊寄給我們：
  + 健康照護服務提供者提供的病歷；
  + 健康照護服務提供者提供的信函 (例如健康照護服務提供者提供的聲明，  
    說明為何您需要進行快速上訴)；或
  + 說明為何您需要該服務的其他資訊

如欲取得更多有關如何提出上訴的資訊，請致電會員服務部，電話 1-877-273-4347   
(TTY使用者：1-800-718-4347)。您也可以在本計畫的承保證明中找到更多資訊。您可隨時在我們的網站 www.iehp.org 或致電與本計畫聯絡取得最新版的承保證明。

## 如何在進行上訴期間繼續接受服務

如果您已經在接受本函第一頁所列的服務，您可要求在進行上訴期間繼續接受該服務。

* **您必須在本通知日期起的 10 個日曆日內提出上訴並要求本計畫讓您繼續接受服務。**
* 請參閱本函前文中的「如何提出上訴」部分，查詢有關如何與本計畫聯絡的資訊。
* 如果您在 [*Insert continuation of benefits request filing date*]前要求本計畫讓您繼續接受服務，您的服務在您進行上訴期間將保持不變。
* 如果您的健康照護服務提供者要為您提出上訴，而您希望繼續接受您的服務，則您的健康照護服務提供者必須提供您的書面同意書。

## 接下來的流程為何

您提出上訴後，本計畫會寄送上訴決定函給您，告知我們是核准還是拒絕您的上訴。如果本計畫仍拒絕支付本承保決定函第一頁所列服務的費用，上訴決定函會告訴您接下來的流程為何，例如有關 Medicare 層級 2 上訴或如何向加州社會服務部要求州政府聽證會的資訊。

## 如果您需要協助處理上訴該怎麼辦

您可以請某人為您提出上訴並擔任您的代表。您必須先按照以下步驟，以書面方式將對方指定為您的「代表」。您的代表可以是親戚、朋友、律師、醫師、健康照護服務提供者或其他您信任的人。

如果您希望某人為您提出上訴，請採取以下行動：

* 致電本計畫，電話 1-877-273-4347 (TTY使用者：1-800-718-4347)，瞭解如何將對方指定為您的代表。或者，您可以前往 Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/  
  can-someone-file-an-appeal-for-me。
* 您和您的代表必須提供聲明，表示您希望這麼做，並為該聲明簽名並加註日期。
* 將簽署後的聲明郵寄或傳真給我們：

IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

傳真：909-890-5748

* 請保留複本。

## 取得協助及更多資訊

* **IEHP DualChoice 會員服務部：**請致電 1-877-273-4347 (TTY使用者：1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。您也可以前往 www.iehp.org。
* 加州醫療保健服務部 (DHCS) 監察員辦公室：請致電 1-888-452-8609   
  (TTY使用者：1-800-719-5798)。如對您的上訴有任何問題，監察員辦公室可以解答您的疑問。他們也能幫助您瞭解接下來該怎麼做。他們與本計畫或任何保險公司或健保計畫均沒有任何關聯。他們提供免費服務。
* **加州健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：**請致電 1-800-434-0222 (TTY使用者：711)。HICAP 顧問可幫助您解決 Medicare 相關問題，包括如何提出上訴。HICAP 與任何保險公司或健保計畫均沒有任何關聯。他們提供免費服務。
* **Medicare：**請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，  
  每天 24 小時 (TTY使用者 使用者請致電 1-877-486-2048)。或者，請前往 Medicare.gov。
* **Medi-Cal：**請致電 1-800-541-5555 (TTY使用者：711)。
* **Medicare 權利中心：**請致電 1-800-333-4114，或前往 www.medicarerights.org。
* **年長者護理查詢機構：**請致電 1-800-677-1116，或前往 www.eldercare.acl.gov，  
  查詢您社區內的幫助資源。

您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字體、盲人點字或語音版本。請致電   
1-877-273-4347 (TTY使用者：1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。

您有權獲得無障礙格式的 Medicare 資訊，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 使用者請致電 1-877-486-2048。

*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。*