

<<IPA>>

<<Date>>

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

QUAN TRỌNG: Để được trợ giúp về thông báo này, vui lòng liên hệ chương trình **IEHP DualChoice (HMO D-SNP)** theo số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) **HOẶC MMCD Văn phòng Thanh tra** theo số 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798)

Thư Quyết Định Bảo Hiểm

ID Chương trình Bảo hiểm Y tế của Hội viên: <<Member ID>>

Dịch vụ/khoản mục thư này nói về: <<Service/Item>>

Số tham chiếu: <<Reference Number>>

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) được gọi là “chương trình của chúng tôi” hoặc “chúng tôi” trong thư này. Chúng tôi là một chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp bảo hiểm cho cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi điều phối các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị và các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của quý vị.

Chương trình của chúng tôi đã từ chối dịch vụ được liệt kê dưới đây:

[Insert description of service, including the 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 denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom,

Mẫu đơn CMS-10716

Số Chấp thuận OMB 0938-1386 (Hết hạn: 11/30/2025)

©2024 Inland Empire Health Plan. Bảo Lưu Mọi Quyền. H8894_DSNP_24_4626907_C_IPA_VI

Trang 1 / 6

or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing 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.]

Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định này vì *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information].*

[Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service the individual has already been receiving: **Our plan will <reduce or stop or suspend> your service on <effective date>**. See the “How to keep getting your service during your appeal” section later in this letter for information about continuing to receive your service during your appeal.]

Quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi

Quý vị có thể kháng nghị quyết định của chương trình của chúng tôi. Chia sẻ thư này với nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị và hỏi về các bước tiếp theo. Nếu quý vị kháng nghị và chương trình của chúng tôi thay đổi quyết định, chúng tôi có thể trả tiền cho dịch vụ.

Quý vị cũng có thể gọi 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) và yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định của mình. Điều này có thể bao gồm hồ sơ sức khỏe, hướng dẫn và các tài liệu khác. Quý vị nên đưa thông tin này cho nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị để giúp quý vị quyết định xem liệu quý vị có nên kháng nghị hay không.

Quý vị phải kháng nghị trước *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*. Chương trình của chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian nếu quý vị có lý do chính đáng.

Có hai loại kháng nghị khác nhau

Chương trình của chúng tôi có hai loại kháng nghị – kháng nghị tiêu chuẩn và kháng nghị nhanh.

1. Nếu quý vị yêu cầu một **kháng nghị tiêu chuẩn**, chương trình của chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một quyết định bằng văn bản trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
2. Nếu quý vị yêu cầu một **kháng nghị nhanh**, chương trình của chúng tôi sẽ cho quý vị một quyết định trong vòng **72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị**. Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị cho rằng sức khỏe của quý vị có thể bị **tổn hại nghiêm trọng** khi đợi đến **30 ngày theo lịch** để có quyết định.
Lưu ý: Quý vị không thể kháng nghị nhanh nếu chương trình của chúng tôi từ chối thanh toán cho một dịch vụ mà quý vị đã nhận.

Chương trình của chúng tôi sẽ **tự động** kháng nghị nhanh nếu **nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị yêu cầu một kháng nghị cho quý vị** hoặc nếu **nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị hỗ trợ yêu cầu của quý vị**. Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị nhanh mà không có sự ủng hộ của một nhà cung cấp dịch vụ y tế, chương trình của chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có nhận được một kháng nghị nhanh hay không. Nếu chương trình của chúng tôi không chấp thuận kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị trong vòng **30 ngày theo lịch**.

Đối với cả kháng nghị tiêu chuẩn và kháng nghị nhanh, quyết định của chúng tôi có thể mất nhiều thời gian hơn nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư và cho quý vị biết liệu chúng tôi có cần thêm thời gian hay không và tại sao.

Cách để kháng nghị

Quý vị, người mà quý vị đã chỉ định bằng văn bản làm đại diện để thay mặt quý vị (chẳng hạn như người thân, bạn bè hoặc luật sư) hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị có thể kháng nghị. Quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi để kháng nghị theo một trong những cách sau:

- **Điện thoại:** Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của IEHP DualChoice theo số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)
- **Fax:** Gửi fax tới (909) 890-5748
- **Gửi thư tới:** IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- **Trực tiếp:** Gửi tới 10801 Sixth Street, Rancho Cucamonga, CA 91730

Nếu quý vị kháng nghị bằng văn bản, hãy giữ một bản sao. Nếu quý vị gọi điện, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết những nội dung quý vị đã nói với chúng tôi qua điện thoại.

Khi quý vị kháng nghị, quý vị phải cung cấp cho chương trình của chúng tôi:

- Tên của quý vị
- Địa chỉ của quý vị hoặc địa chỉ mà chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị (nếu quý vị không có địa chỉ hiện tại, quý vị vẫn có thể kháng nghị)
- Mã số hội viên của quý vị với chương trình của chúng tôi
- (Các) lý do quý vị kháng nghị quyết định của chúng tôi
- Nếu quý vị muốn một kháng nghị tiêu chuẩn hoặc một kháng nghị nhanh. (Để kháng nghị nhanh, hãy cho chúng tôi biết lý do quý vị cần.)
- Bất cứ điều gì quý vị muốn chương trình của chúng tôi xem xét cho thấy lý do tại sao quý vị cần dịch vụ. Ví dụ: quý vị có thể gửi cho chúng tôi:
 - Hồ sơ y tế từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị,
 - Thư từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị (chẳng hạn như tuyên bố từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị cho biết lý do tại sao quý vị cần kháng nghị nhanh), hoặc
 - Thông tin khác cho biết lý do quý vị cần dịch vụ

Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm của chương trình của chúng tôi. Bản sao cập nhật của Chứng từ Bảo hiểm luôn có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.iehp.org hoặc bằng cách gọi cho chương trình của chúng tôi.

Cách tiếp tục nhận được dịch vụ của quý vị trong thời gian kháng nghị

Nếu quý vị đã nhận được dịch vụ được liệt kê trên trang đầu tiên của thư này, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục nhận được dịch vụ đó trong thời gian kháng nghị.

- **Quý vị phải kháng nghị và yêu cầu chương trình của chúng tôi tiếp tục cho nhận được dịch vụ của quý vị trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được thông báo này.**

- Xem phần “Cách để kháng nghị” trước đó trong thư này để biết thông tin về cách liên hệ với chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị yêu cầu chương trình của chúng tôi tiếp tục dịch vụ của quý vị trước *[Insert continuation of benefits request filing date]*, dịch vụ của quý vị sẽ giữ nguyên trong thời gian quý vị kháng nghị.
- Nếu nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị đang nộp đơn kháng nghị cho quý vị và quý vị muốn tiếp tục nhận được dịch vụ của mình, thì nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị phải có sự đồng ý bằng văn bản của quý vị.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Sau khi quý vị kháng nghị, chương trình của chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư quyết định kháng nghị để cho quý vị biết liệu chúng tôi chấp thuận hay từ chối kháng nghị của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi vẫn từ chối dịch vụ được liệt kê trên trang đầu tiên của Thư Quyết định Bảo hiểm này, thư quyết định kháng nghị sẽ cho quý vị biết điều gì sẽ xảy ra tiếp theo, chẳng hạn như thông tin về kháng nghị Medicare Cấp 2 hoặc cách yêu cầu Sở Dịch vụ Xã hội California một Phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

Phải làm gì nếu quý vị cần trợ giúp về kháng nghị của mình

Quý vị có thể nhờ một người nào đó kháng nghị thay quý vị và thay mặt quý vị. Trước tiên, quý vị phải chỉ định họ bằng văn bản là “đại diện” của quý vị bằng cách làm theo các bước bên dưới. Người đại diện của quý vị có thể là người thân, bạn bè, luật sư, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc người khác mà quý vị tin tưởng.

Nếu quý vị muốn ai đó kháng nghị cho mình:

- Gọi cho chương trình của chúng tôi theo số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) để tìm hiểu cách chỉ định người đó làm đại diện của quý vị. Hoặc, quý vị có thể truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me).
- Quý vị và người đại diện của quý vị phải ký tên và ghi ngày vào một tuyên bố cho biết đây là điều quý vị muốn.
- Gửi thư hoặc fax tuyên bố đã ký cho chúng tôi theo địa chỉ:

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

Fax: 909-890-5748

- Giữ một bản sao.

Nhận trợ giúp và tìm hiểu thêm thông tin

- **Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice:** Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Quý vị cũng có thể truy cập www.iehp.org.
- **Văn phòng Thanh tra của Sở Dịch vụ Y tế California (Department of Health Care Services (DHCS)):** Gọi 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798). Văn phòng Thanh tra có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề với kháng nghị của mình. Họ cũng có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì tiếp theo. Họ không có quan hệ với chương trình của chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.
- **Chương trình bảo vệ quyền lợi và tư vấn về bảo hiểm y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) thuộc tiểu bang California:** Gọi 1-800-434-0222 (TTY: 711). Các cố vấn của HICAP có thể giúp quý vị về các vấn đề của Medicare, bao gồm cả cách kháng nghị. HICAP không có quan hệ với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.
- **Medicare:** Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày/7 ngày một tuần (Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048). Hoặc truy cập Medicare.gov.
- **Medi-Cal:** Gọi 1-800-541-5555 (TTY: 711).
- **Trung tâm về Quyền của Medicare:** Gọi 1-800-333-4114, hoặc truy cập www.medicarerights.org.
- **Công Cụ Định Vị Chăm Sóc Người Cao Niên (Eldercare Locator):** Gọi 1-800-677-1116 hoặc truy cập www.eldercare.acl.gov để tìm kiếm sự trợ giúp trong cộng đồng của quý vị.

Quý vị có thể nhận thông tin này miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi hoàn toàn miễn phí.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền gửi đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

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.