

<<IPA>>

<<Date>>

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

會員姓名：<Member Name>
會員卡號碼：<Member ID>

醫生姓名：< Requesting Provider>
要求的服務：<Service Category>
提出要求的日期：<MM/DD/YYYY>

健保計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
健保計畫電話號碼：1-877-273-IEHP (4347)，TTY 使用者請致電 1-800-718-4347
健保計畫營業時間：每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))

診療醫生姓名：<Doctor>

<Member>，您好：

我們希望您一切安好。本信函是有關您或您醫生針對上述服務所提出的 [特急 72 小時 (delete if this does not apply)] 承保決定要求。在 <72 小時 or 14 個曆日> 的期限過後，<<IPA>> 需要延長我們的審查時間。

我們需要將您的要求延長 <insert #> 個曆日的時間，理由如下：

選項 1：您或您的醫生要求延長期限，以便你們可以收集更多資訊。 [<<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.]

選項 2：我們認為我們需要更多資訊來協助審查您或您醫生的要求。 [<<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.]

從特急要求或標準要求的日期開始算起，我們不會將您的 [特急 72 小時 (delete if this does not apply)] 要求延長超過 14 個曆日的時間。

如果您對我們延遲作決定的行動有異議，您可向 IEHP DualChoice 提出特急口頭或書面申訴 (投訴)。申訴程序讓會員可以針對遭到拒絕之理賠或服務以外的問題向 IEHP DualChoice 提出投訴。IEHP DualChoice 必須在收到特急申訴後的 24 小時內進行回覆。

如欲提出特急申訴，您或您的授權代理人應透過致電、郵寄或傳真等方式提出申訴，聯絡資訊如下：

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

免付費電話：1-877-273-IEHP (4347) 或 TTY 使用者請致電 1-800-718-4347

傳真：1-909-890-5748

我們將會繼續盡力取得必要資訊，以便我們可以完成此問題的審查。如有任何其他疑問或想提交任何其他資訊，請致電 <<Number>> 與 <<IPA>> 會員服務部聯絡，服務時間為 <<Hours/Days>>。TTY 使用者請致電 <Number>>。

感謝您成為 <<IPA >> 的重要會員。

敬祝安康，

<<IPA>>

抄送：醫生 (若是要求醫生提供服務)。