

<IPA>

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

承保決定函

[重要事項：如需本通知的相關幫助，請致電 <IPA Name>，電話
<insert IPA customer service phone #> (TTY 使用者： <TTY number>) 或
MMCD 監察員辦公室，電話
1-888-452-8609 (TTY 使用者： 1-800-719-5798)。]

會員健保計劃編號： <<Member ID>>

本函相關服務 / 用品：

參考編號：

在本函中，IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 稱為「本計劃」或「我們」。我們是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健保計劃，為這兩種方案提供承保。本計劃會協調您的 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。

本計劃已<拒絕 or 部分拒絕 or 縮減 or 終止 or 暫停>下列服務：

[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, 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: 請注意，您不會因此項服務而被收取費用或欠任何費用。]

Form CMS-10716

OMB Approval 0938-1386 (Expires: 11/30/2025)

©2024 Inland Empire Health Plan。保留所有權利。H8894_DSNP_24_4598231_C_IPA_CH

第 1 頁，共 5 頁

本計劃做出此決定的理由是： *[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 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 Medi-Cal 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 or item the individual has already been receiving: 我們的計劃將在<Effective Date><reduce or stop or suspend>您的服務。 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.]

您有權對我們的決定提出上訴

您可以對本計劃的決定提出上訴。請與您的醫療保健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劃改變其決定，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)，向本計劃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。您應該向您的醫療保健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，本計劃可能會給您更多時間。

上訴有兩種類型

本計劃有兩種上訴類型 – 標準上訴和快速上訴。

1. 如果您要求**標準上訴**，本計劃會在**收到您的上訴後 7 個日曆日**內寄送書面決定給您。
2. 如果您要求**快速上訴**，本計劃會在**收到您的上訴後 72 小時**內做出決定回覆您。如果您或您的醫療保健服務提供者認為等待決定長達**7 個日曆日**可能會**嚴重損害**您的健康，您可以要求快速上訴。如果您的**醫療保健服務提供者為您要求快速上訴**，或如果您的**醫療保健服務提供者為您的要求提供佐證**，本計劃會**自動**為您進行快速上訴。如果您要求快速上訴但沒有醫療保健服務提供者的佐證，本計劃會判定您是否可進行快速上訴。如果本計劃未批准快速上訴，我們會在**7 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。本計劃會發函給您，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) 或醫療保健服務提供者都可以提出上訴。您可以聯絡本計劃，以下列其中一種方式提出上訴：

- **電話：**請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡 (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 91730-5987
- **當面：**遞送至 10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

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，您必須提供本計劃以下資訊：

- 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)
- 您在本計劃的會員編號
- 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。)
- 您希望本計劃參考的任何資訊，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：
 - 醫療保健服務提供者提供的病歷，
 - 醫療保健服務提供者提供的信函 (例如醫療保健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-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)。您也可以在本計劃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 或致電與本計劃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劃讓您繼續接受服務。
- 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劃聯絡的資訊。
- 如果您要求本計劃讓您繼續接受服務，您的服務在您進行上訴期間將保持不變。
- 如果您的醫療保健服務提供者要為您提出上訴，而您希望繼續接受您的服務，則您的醫療保健服務提供者必須提供您的書面同意。

接下來的流程為何

您提出上訴後，本計劃會寄送上訴決定函給您，告知我們是批准還是拒絕您的上訴。如果本計劃仍拒絕提供本承保決定函第一頁所列的服務，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、醫生、醫療保健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：

- 致電本計劃，電話 1-877-273-IEHP (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](https://www.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 91730

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-IEHP (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 (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。他們與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有任何關聯。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劃均沒有任何關聯。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：**請撥打 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-IEHP (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。