

<<IPA Logo>>

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

Yêu cầu Chỉ định Người đại diện (Appointment of Representation, AOR)

Tên Hội viên:

Số ID Hội Viên:

Tên Chương trình Bảo hiểm Y tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Điện thoại: 1-877-273-IEHP (4347)

Kính gửi <<Member Name>>:

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi viết thư này để thông báo cho quý vị biết IPA đã nhận được yêu cầu bảo hiểm về một mục, dịch vụ hoặc thuốc của quý vị. Quý vị đã yêu cầu ai đó giúp đỡ quý vị với yêu cầu này. Trước khi chúng tôi có thể nói chuyện với bất kỳ ai khác, Medicare cần quý vị điền vào mẫu "Chỉ định Người đại diện" đính kèm hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản riêng của quý vị.

Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản được viết bởi quý vị, yêu cầu đó phải có tất cả các chi tiết trong danh sách dưới đây: (Đánh dấu vào vòng tròn bên cạnh mỗi mục đã hoàn thành.)

- Tên, địa chỉ và số điện thoại của quý vị.
- Số Medicare của quý vị, ở mặt trước thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị; hoặc ID Hội viên IEHP DualChoice của quý vị, ở mặt trước của Thẻ Hội viên IEHP DualChoice của quý vị.

- Tên, địa chỉ và số điện thoại của người mà quý vị muốn đại diện cho mình.
- Một tuyên bố rằng quý vị cho phép người đó thay mặt quý vị thực hiện yêu cầu.
- Một tuyên bố rằng quý vị cho phép IEHP DualChoice hiển thị thông tin y tế của quý vị cho đại diện của quý vị.
- Chữ ký của quý vị và ngày tháng.
- Chữ ký của người quý vị muốn thay mặt quý vị, cùng với ngày tháng.
- Một tuyên bố từ người mà quý vị muốn thay mặt quý vị – rằng anh ấy/cô ấy chấp nhận chỉ định.

Quý vị cần gửi yêu cầu của mình trước <MM/DD/YYYY> trong phong bì (có ghi địa chỉ, đã thanh toán bưu phí) kèm theo lá thư này, hoặc quý vị có thể gửi fax tài liệu đến <enter fax number here>.

Nếu chúng tôi không nhận được các tài liệu vào ngày trên, yêu cầu của quý vị có thể bị từ chối.

Nếu quý vị có câu hỏi về thông báo này hoặc muốn biết tình trạng trường hợp của mình, vui lòng liên hệ với <<IPA>> theo số <<IPA Telephone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Người dùng TTY xin gọi <<IPA TTY Number>>.

Cảm ơn quý vị đã là một Hội viên quan trọng của <<IPA>>.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

Gửi kèm: CMS Mẫu đơn 1696 "Tuyên bố Chỉ định Người Đại diện" và phong bì có ghi địa chỉ, đã thanh toán bưu phí.

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.