

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

### 授權通知 - 持續照護

出生日期： [Member DOB]  
會員卡號碼： [Subscriber ID or Subscriber Dependent #]  
健保計畫： IEHP DualChoice (HMO D-SNP)  
提出要求的醫療服務提供者： [Requesting Provider Name]  
所要求的醫療服務提供者： [Servicing Provider Name]  
授權 / 事前證明號碼： [Authorization or Referral #]

[Member Name], 您好：

我們希望您一切安好。本信函旨在告知您，由 <servicing provider name> 提供的 <service category> 持續照護 (從您參保 IEHP DualChoice 日期起最多十二個月期間持續由我們網絡外的醫療服務提供者看診) 要求已獲得核准。換而言之，您可以繼續使用您目前的醫療服務提供者。

**獲得授權的服務：** <procedure grid CPT codes>  
**授權服務次數：** <# of units approved>  
**授權有效期間 (自 / 至)：** <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>  
**獲得授權的醫療服務提供者：** <Servicing provider Name> <Servicing Provider Phone Number>

身為 <<IPA>> 會員，您有權可隨時從我們的網絡中選擇其他醫療服務提供者。如需醫療服務提供者名單，您可查閱 <<IPA website>> 網站上的 <<IPA>> 醫療服務提供者名錄，或致電 <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 會員服務部聯絡，服務時間為 <<IPA Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<IPA TTY Number>>。

<<IPA>> 將會在上列終止日期前與您聯絡，以協助您轉換到 <<IPA>> 網絡內的醫療服務提供者。

如果您有任何疑問或疑慮，請致電 <<IPA Phone#>> 與 <<IPA>> 聯絡，服務時間為 <<Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<TTY#>>。

感謝您成為 <<IPA>> 的重要會員並信任我們，讓我們滿足您的健康照護需求。

敬祝安康，

<<IPA>>

抄送： [Requesting Provider]  
[Requested Provider]  
[PCP]

**所要求的醫療服務提供者：**服務獲准的條件為會員於接受服務時符合資格。您可上網 <http://www.iehp.org> 或致電 (909) 890-3800 (自動語音應答 (IVR)) 或 (888) 440-4340 (電話) 確認此資訊。

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。*