

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

THÔNG BÁO ỦY QUYỀN- TIẾP TỤC NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC

Ngày Sinh: [Member DOB]
ID Hội viên: [Subscriber ID or Subscriber Dependent #]
Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Nhà Cung Cấp Yêu Cầu: [Requesting Provider Name]
Nhà Cung Cấp Được Yêu Cầu: [Servicing Provider Name]
Số Ủy Quyền/Chứng Nhận Trước: [Authorization or Referral #]

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 rằng yêu cầu của quý vị về tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc (ở lại với Nhà Cung cấp dịch vụ y tế bên ngoài mạng lưới của chúng tôi trong tối đa mười hai tháng kể từ ngày quý vị ghi danh với IEHP DualChoice) cho <service category> với <servicing provider name> đã được chấp thuận. Điều này có nghĩa là quý vị có thể ở lại với Nhà Cung cấp hiện tại của mình.

Dịch Vụ Được Ủy Quyền: <procedure grid CPT codes>
Số Lượng Dịch Vụ Được Ủy Quyền: <# of units approved>
Ủy Quyền Hợp Lệ từ/đến: <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>
Nhà Cung Cấp Được Ủy Quyền: <Servicing provider Name> <Servicing Provider Phone Number>

Với tư cách là hội viên của <<IPA>>, quý vị có quyền chọn một Nhà Cung cấp khác từ mạng lưới của chúng tôi bất kỳ lúc nào. Để biết danh sách các Nhà cung cấp, quý vị có thể xem Danh mục Nhà Cung cấp dịch vụ y tế của <<IPA>> tại <<IPA website>> hoặc gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên của <<IPA>> theo số <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Người dùng TTY xin gọi <<IPA TTY Number>>.

<<IPA>> sẽ liên hệ với quý vị trước ngày kết thúc được ghi ở trên để giúp quý vị chuyển sang một Nhà Cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới của <<IPA>>.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc quan ngại nào, vui lòng gọi <<IPA>> theo số <<IPA Phone #>>, <<Hours of Operation>>. Người dùng TTY xin gọi <<TTY#>>.

Cảm ơn quý vị đã là một Hội viên quan trọng của <<IPA>> và đã tin tưởng chúng tôi cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

CC: [Requesting Provider]
[Requested Provider]
[PCP]

Nhà Cung Cấp Được Yêu Cầu: Dịch vụ chỉ được chấp thuận nếu Hội Viên đủ điều kiện tại thời điểm sử dụng dịch vụ. Quý vị có thể xác minh thư này trực tuyến tại <http://www.iehp.org> hoặc bằng cách gọi (909) 890-3800 (IVR) hoặc (888) 440-4340 (Điện Thoại).

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.