

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

## THÔNG BÁO KẾT THÚC VIỆC TIẾP TỤC NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC

Ngày Sinh:	[Member DOB]
ID Hội viên:	[Member ID]
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:	[medHOK Reference #]

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 rằng việc tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc (tiếp tục 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) với <servicing provider name> cho <service category> sẽ kết thúc vào ngày <procedure grid end date>.

Với tư cách là Hội viên của <<IPA>>, quý vị có thể chọn Nhà cung cấp dịch vụ y tế mới bất kỳ lúc nào. Để biết danh sách các Nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể xem Danh mục Nhà Cung cấp của <<IPA>> tại <<IPA website>> hoặc gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên của <<IPA>>.

Nếu quý vị cần được hỗ trợ tìm một Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc quan ngại nào, vui lòng gọi Ban Dịch Vụ Hội Viên của <<IPA>> theo số <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Người dùng TTY xin gọi <<IPA TTY Number>>.

Mặc dù có sự thay đổi đối với dịch vụ chăm sóc của quý vị, nhưng tất cả các quyền lợi IEHP DualChoice của quý vị không thay đổi. 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 Name]  
[Servicing Provider Name]

**Nhà Cung Cấp Được Yêu Cầu:** Dịch vụ chỉ được chấp thuận nếu Hội viên đủ điều kiện tại thời điểm yêu cầu dịch vụ. Quý vị có thể xác minh thư này trực tuyến tại [www.iehp.org](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.*