

[Insert IPA logo]  
Address/phone/fax/hours of operation

## 授權通知 - 持續照護

日期： [Today's Date]

[Member Name]

[Member Address1]

[Member Address2]

[Member City, State, Zip]

出生日期：

[Member DOB]

會員卡號碼：

[Member ID]

健保計畫：

Inland Empire Health Plan

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：

您對於由 <servicing provider name> 提供 <service category> 的持續照護要求已獲得核准。持續照護表示可以在您投保 IEHP 日期起 12 個月期間繼續去看我們網絡外的醫療服務提供者。

獲得授權的服務： <CPT code description>

授權服務次數： <quantity for each CPT code authorized>

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>

您有權隨時從 IEHP 的醫療服務提供者網絡中選擇一位醫療服務提供者。如需醫療服務提供者名單，請至 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 查閱 IEHP 醫療服務提供者和藥房名錄，或致電 IEHP 會員服務部。

<IPA Name> 會在以上所列的最後日期前與您聯絡，幫助您轉換到我們網絡內的醫療服務提供者。

如果您有疑問或顧慮，請致電 <IPA contact information>，服務時間週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。聽語障專線使用者請撥 <TTY Number>。

祝君健康，

<IPA Name>

副本： [Requesting Provider]

[Servicing 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 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 或撥 (909) 890-3800 (自動語音應答) 或 (888) 440-4340 (電話) 確認。