

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

**終止持續照護通知**

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：

本函是要提醒您，由 <servicing provider name> 提供的 <service category> 持續照護 (從您投保 IEHP 日期起十二個月期間繼續去看我們網絡外的醫療服務提供者) 將於 <procedure grid end date> 終止。

如果您有任何疑問或顧慮，請致電 <IPA contact information>，服務時間週一至週五，東部標準時間 (PST) 上午 8 時至下午 5 時。聽語障專線使用者請撥 <TTY Number>。

敬祝 安康，

<IPA Name>

副本： [Requesting Provider]

[Servicing Provider]

[PCP]

10801 Sixth Street, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91730

電話 (909) 890-2000 傳真 (909) 890-2003

請前往我們的網站，網址：www.iehp.org

公共部門機構

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> 或撥 (909) 890-3800 (自動語音應答) 或 (888) 440-4340 (電話) 確認。

MC\_HSCM\_19001\_C

