

[Insert IPA logo]

Address/phone/fax/hours of operation

服務授權通知

<致所列者的父母或監護人： (if <16 yrs of age)>

<Member Name>

<Member Address>

日期： <Date>

會員姓名： <Member Name>

參考編號： <Reference #>

會員卡號碼： <Member ID#>

出生日期： <DOB>

服務類型： <service category>

親愛的會員，您好(Dear Member)：

下列醫療服務已經獲得核准 (The following medical service(s) have been approved)：

服務
<CPT Code Description>

數量和日期
<Quantity and approved date>

服務提供者是 (The services will be rendered by)：

(Authorized Provider Name)

(Phone Number)

您現在可以打電話向以上醫療服務提供者確認您預約看診的時間。就診時請攜帶本授權通知函 (You may now call the above provider to confirm your appointment. Please bring this authorization to your appointment)。

如果您有關於本授權通知函的疑問，請聯絡 <IPA contact information> / 聽語障專線 1-800-718-4347。 (If you have a question about this authorization letter, please contact <IPA contact information>/TTY 1-800-718-4347.)

[Insert IPA logo]

Address/phone/fax/hours of operation

重要通知！

醫師 / 醫療服務提供者接受轉介和治療會員即表示同意接受 <IPA Name> 合約費率。本轉介 / 授權只確認醫療必要性。服務付款須視會員接受服務時的資格狀態而定。

可索取做出此決定時使用的標準，請致電 <IPA contact information> / 聽語障專線 1-800-718-4347。

IMPORTANT NOTICE!

Upon Acceptance of referral and treatment of the Member, the Physician/Provider agrees to accept <IPA Name> Contracted Rates. This referral/authorization verifies medical necessity only. Payments for services are dependent upon the Member's eligibility at the time services are rendered.

Criteria utilized in making this decision is available upon request by calling <IPA contact information> / TTY 1-800-718-4347.

敬祝 安康(Sincerely) ,

使用管理協調員 (UM Coordinator)

副本：PCP

Requesting Provider

會員檔案