

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

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

Ngày: [Today's Date]

[Member Name]

[Member Address 1]

[Member Address 2]

[Member City, State, Zip]

Ngày sinh:

[Member DOB]

ID Hội viên:

[Member ID]

Chương Trình Sức Khỏe:

Inland Empire Health Plan

Nhà Cung Cấp Yêu Cầu:

[Requesting Provider Name]

Nhà Cung Cấp Được Yêu Cầu:

[Requesting Provider Name]

Số Ủy Quyền/ Chứng Nhận Trước:

[Authorization or Referral #]

Kính gửi [Member Name]:

Yêu cầu của quý vị để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc cho <service category> với <servicing provider name> đã được chấp nhận. Tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc có nghĩa là ở lại với Nhà Cung Cấp ngoài mạng lưới trong 12 tháng kể từ ngày quý vị đăng ký với IEHP.

**Dịch Vụ Được Ủy Quyền:** <CPT code description>

**Số Lượng Dịch Vụ Được Ủy Quyền:** <quantity for each CPT code authorized>

**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>

Quý vị có quyền chọn Nhà Cung Cấp từ mạng lưới Nhà Cung Cấp của IEHP bất kỳ lúc nào. Để biết danh sách các Nhà Cung Cấp, hãy xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc IEHP tại [www.iehp.org](http://www.iehp.org) hoặc gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP.

<IPA Name> sẽ liên hệ với quý vị trước ngày kết thúc được ghi ở trên để giúp quý vị chuyển sang Nhà Cung Cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc, vui lòng gọi <IPA contact information>, 8 giờ sáng - 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Đối với người khiếm thính, xin gọi <TTY Number>.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<IPA Name>

Đồng gửi: [Requesting Provider]  
[Servicing 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 điều 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).