

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

THÔNG BÁO KẾT THÚC 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]:

Thư này nhằm nhắn nhủ quý vị rằng việc tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc (ở lại với Nhà Cung Cấp bên ngoài mạng lưới trong mười hai tháng kể từ ngày quý vị đăng ký với IEHP) với <servicing provider name> cho <service category> sẽ kết thúc vào <procedure grid end date>.

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

Trân trọng,

<IPA Name>

CC: [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 <http://www.iehp.org> hoặc bằng cách gọi (909) 890-3800 (IVR) hoặc (888) 440-4340 (Điện Thoại).

MC_HSCM_19001_V