

<<IPA LOGO>>

THÔNG BÁO VỀ VIỆC CHO PHÉP CÁC DỊCH VỤ

<<Date>>

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Ngày Sinh: <MM/DD/YYYY>
ID Hội viên: <Member ID>
Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Bác sĩ Yêu cầu: <Physician Name>
Bác sĩ được yêu cầu: <Physician Name>
Số Ủy Quyền/ Chứng Nhận Trước: <Authorization #>

Kính Gửi <Member>:

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi viết thư này để thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được yêu cầu về các dịch vụ được liệt kê bên dưới từ quý vị hoặc Nhà Cung cấp của quý vị. Chúng tôi vui mừng thông báo với quý vị rằng chúng tôi đã chấp thuận các dịch vụ được yêu cầu.

Dịch Vụ Được Ủy Quyền: <Authorized Services>
Số Lượng Dịch Vụ Được Ủy Quyền: <# of Services>
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>

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị cần thêm dịch vụ trong tương lai, chẳng hạn như thăm khám tại văn phòng, điều trị, xét nghiệm hoặc phẫu thuật, nhưng trước tiên quý vị cần được <<IPA>> chấp thuận. Điều quan trọng là phải được <<IPA>> chấp thuận trước khi quý vị gặp bác sĩ chuyên khoa/Nhà Cung cấp dịch vụ. Nếu quý vị không có sự chấp thuận trước, thì quý vị có thể phải tự thanh toán cho các dịch vụ này.

<<IPA>> sẽ xem xét yêu cầu dịch vụ dựa trên quyền lợi IEHP DualChoice và nhu cầu y tế của quý vị. Quý vị phải đủ điều kiện nhận các dịch vụ/quyền lợi tại thời điểm yêu cầu dịch vụ.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc cần thêm thông tin, vui lòng gọi <<IPA>> theo số <<IPA Phone Number>> <IPA Hours of Operation >>. Người dùng TTY xin gọi số <<IPA TTY Number>>.

©2022 Inland Empire Health Plan. Bảo Lưu Mọi Quyền. H8894_DSNP_23_3285485_C

Cảm ơn quý vị đã là một Hội viên quan trọng của <<IPA>> và đã tin tưởng chúng tôi cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<IPA>>

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

cc: Bác sĩ Yêu cầu
 Bác sĩ được Yêu cầu
 Bác sĩ Chăm sóc Chính

Bác sĩ được Yêu cầu: vui lòng xác nhận tính đủ điều kiện của Hội viên trước khi yêu cầu dịch vụ. Dịch vụ chỉ được chấp thuận nếu Hội viên đủ điều kiện tại thời điểm yêu cầu dịch vụ.