

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

會員卡號碼：<Member ID>  
健保計畫名稱：IEHP DualChoice (HMO D-SNP)  
診療醫生姓名：<PCP>  
要求的服務：<Service>  
參考編號：<Reference Number>

<Member Name>，您好：

我們希望您一切安好。我們想告知您，與 IEHP DualChoice 簽有合約的 <Medical Group/IPA> 無須授權上述您所要求的服務。IEHP DualChoice 已與 <Carve Out Provider> 簽約，可為您提供此服務。

如欲取得 <services(s)>，請在 <insert hours available> 期間直接致電 <telephone number of responsible entity> 或 TTY 專線 <TDD/TTY number> 與 <Carve Out Provider> 聯絡。再次提醒您，您無須獲得 <Medical Group/IPA> 的核准即可接受 <service(s)>。

如果您有任何疑問，您可致電 << Medical Group/IPA telephone number>> 與 << Medical Group/IPA >> 聯絡，服務時間為 << Medical Group/IPA hours of operation>>。TTY 使用者請致電 << Medical Group/IPA TTY number>>。我們將很樂意協助您。

感謝您成為 << Medical Group/IPA >> 的重要會員並信任我們，讓我們滿足您的健康照護需求。

敬祝安康，

<<Medical Group/IPA>>

抄送：患者檔案部  
提出要求的醫生  
基本保健醫生  
IEHP DualChoice

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。*