

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

N.º de ID de Miembro: <Member ID>
Nombre del Plan de Salud: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Nombre del Doctor Tratante: <PCP>
Servicio Solicitado: <Service>
Número de Referencia: <Reference Number>

Estimado/a <Member Name>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Queremos informarle que <Medical Group/IPA>, conforme al contrato con IEHP DualChoice, no necesita autorizar los servicios solicitados más arriba. IEHP DualChoice ha contratado a <Carve Out Provider> para que le preste este servicio.

Para obtener <services(s)>, por favor llame a <Carve Out Provider> directamente al <telephone number of responsible entity> o al número TTY <TDD/TTY number> durante el horario de <insert hours available>. Nuevamente, no necesita la aprobación de <Medical Group/IPA> para obtener <service(s)>.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al <<Medical Group/IPA >> <<Medical Group/IPA telephone number>>, <<Medical Group/IPA hours of operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<Medical Group/IPA TTY number>>. Con gusto le ayudaremos.

Gracias por ser un/a valioso/a Miembro de <<Medical Group/IPA>> por confiarnos sus necesidades de atención médica.

Su salud es nuestra prioridad,

<<Medical Group/IPA>>

cc: Archivo del Paciente
Doctor que Solicita el Servicio
Doctor de Cuidado Primario
IEHP DualChoice

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.