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。*