**Fecha de Nacimiento:**  <MM/DD/YYYY>

**ID de Miembro:**  <Member ID>

**Plan de Salud:**  IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

**Doctor que Solicita el Servicio:** <Physician Name>

**Doctor de quien se Solicita el Servicio:**  <Physician Name>

**Número de Autorización/Precertificación:** <Authorization #>

Estimado/a <Member>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para informarle que recibimos la solicitud de su parte o de parte de su Proveedor de los servicios indicados a continuación. Nos complace informarle que hemos aprobado los servicios solicitados.

**Servicio Autorizado:** <Authorized Services>

**Cantidad de Servicios Autorizados:** <# of Services>

**Autorización Válida desde/hasta:** <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>

**Proveedor Autorizado:** <Servicing provider Name> <Servicing Provider Phone Number>

Queremos que sepa que, si necesita más servicios en el futuro, como visitas al consultorio, tratamientos, exámenes o cirugía, primero deberá obtener la aprobación de <<IPA>>. Es muy importante obtener la aprobación de <<IPA>> antes de ir a un especialista/Proveedor de servicios. Si no tiene una aprobación previa, es posible que tenga que pagar los servicios de su bolsillo.

<<IPA>> revisará la solicitud de servicios según sus beneficios de IEHP DualChoice y la necesidad médica. Usted debe ser elegible para recibir los servicios/beneficios en el momento del servicio.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor llame a <<IPA>> al **<<IPA Phone Number>>** <IPA Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al **<<IPA TTY Number>>**.

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

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

*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.*

cc: Doctor que Solicita el Servicio

 Doctor de quien se Solicita el Servicio

 Médico de Cuidado Primario

Doctor de quien se Solicita el Servicio: por favor confirme la elegibilidad del Miembro antes del servicio. El servicio solamente se aprueba si el Miembro es elegible en el momento del servicio.