

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

Số ID Hội viên: <Member ID>
Tên chương trình bảo hiểm y tế: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Tên Bác sĩ Điều trị: <PCP>
Dịch vụ Đã yêu cầu: <Service>
Số Tham chiếu: <Reference Number>

Kính gửi <Member Name>:

Chúng tôi hy vọng quý vị mạnh khỏe khi nhận được thư này. Chúng tôi muốn cho quý vị biết rằng <Medical Group/IPA>, theo hợp đồng với IEHP DualChoice, không cần cho phép (các) dịch vụ được yêu cầu ở trên. IEHP DualChoice đã ký hợp đồng với <Carve Out Provider> để cung cấp dịch vụ này cho quý vị.

Để nhận <services(s)>, vui lòng gọi trực tiếp cho < Carve Out Provider > theo số <telephone number of responsible entity> hoặc số TTY <TDD/TTY number> trong thời gian <insert hours available>. Một lần nữa, quý vị không cần sự chấp thuận của <Medical Group/IPA> để nhận <service(s)>.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi cho << Medical Group/IPA >> << Medical Group/IPA telephone number>>, << Medical Group/IPA hours of operation>>. Người dùng TTY xin gọi << Medical Group/IPA TTY number>>. Chúng tôi rất vui lòng trợ giúp quý vị.

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

Chúc quý vị mạnh khỏe,

<<Medical Group/IPA>>

cc: Hồ sơ Bệnh nhân
Bác sĩ Yêu cầu
Bác sĩ Chăm sóc Chính
IEHP DualChoice

©2022 Inland Empire Health Plan. Bảo Lưu Mọi Quyền. H8894_DSNP_23_3286299_C_VI

Trang 1 / 2

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.