

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

授權通知 - 延續性照顧

出生日期: [Member DOB]
會員卡號碼: [Subscriber ID or Subscriber Dependent #]
健保計劃: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
提出要求的醫療服務提供者: [Requesting Provider Name]
所要求的醫療服務提供者: [Servicing Provider Name]
授權 / 事前證明號碼: [Authorization or Referral #]

[Member Name], 您好:

我們希望您一切安好。本信函旨在告知您, 您提出由 <servicing provider name> 提供 <service category> 延續性照顧 (從您參保 IEHP DualChoice 的日期開始算起長達十二個月期間繼續由我們網絡外的醫療服務提供者看診) 的要求已獲得批准。這表示, 您可以繼續使用您目前的醫療服務提供者。

獲得授權的服務: <procedure grid CPT codes>
獲得授權的服務數量: <# of units approved>
授權有效期限: <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>
獲得授權的醫療服務提供者: <Servicing provider Name> <Servicing Provider Phone Number>

身為 <<IPA>> 的會員, 您有權隨時從我們的網絡中選擇其他醫療服務提供者。如需醫療服務提供者名單, 您可檢視 <<IPA website>> 網站上的 <<IPA>> 醫療服務提供者名錄, 或致電 <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 會員服務部聯絡, 服務時間為 <<IPA Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<IPA TTY Number>>。

<<IPA>> 將會在上列終止日期前與您聯絡, 以協助您轉換到 <<IPA>> 網絡內的醫療服務提供者。

如果您有任何疑問或疑慮, 請致電 <<IPA Phone#>> 與 <<IPA>> 聯絡, 服務時間為 <<Hours of Operation>>。TTY 使用者請致電 <<TTY#>>。

感謝您成為 <<IPA>> 的重要會員, 並感謝您信任我們, 讓我們滿足您的醫療保健需求。

敬祝安康,

<<IPA>>

抄送: [Requesting Provider]
[Requested Provider]
[PCP]

所要求的醫療服務提供者: 服務僅有在會員於接受服務時符合資格的情況下才會獲得批准。您可在 www.iehp.org 網站上得到確認。

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