

<<IPA LOGO>>

## AVISO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

<<Date>>

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

**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.