

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

AVISO DE AUTORIZACIÓN - CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Fecha de Nacimiento: [Member DOB]
ID de Miembro: [Subscriber ID or Subscriber Dependent #]
Plan de Salud: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Proveedor que Solicita el Servicio: [Requesting Provider Name]
Proveedor Solicitado: [Servicing Provider Name]
Número de Autorización/Certificación Previa: [Authorization or Referral #]

Estimado/a [Member Name]:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para informarle que se aprobó su solicitud de continuidad de la atención médica (conservar un Proveedor fuera de nuestra red durante un máximo de doce meses desde el día en que se inscribió en IEHP DualChoice) para <service category> con <servicing provider name>. Esto significa que puede quedarse con su Proveedor actual.

Servicio Autorizado: <procedure grid CPT codes>
Cantidad de Servicios Autorizados: <# of units approved>
Autorización Válida desde/hasta: <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>
Proveedor Autorizado: <Servicing provider Name> <Servicing Provider Phone Number>

Como Miembro de <<IPA>>, usted tiene derecho a elegir un Proveedor diferente de nuestra red de en cualquier momento. Para ver una lista de Proveedores, puede consultar el Directorio de Proveedores de <<IPA>> en <<IPA website>> o llamar a Servicios para Miembros de <<IPA>> al <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<IPA TTY Number>>.

<<IPA>> se comunicará con usted antes de la fecha de finalización de arriba para ayudarle a cambiarse a un Proveedor que esté en la red de <<IPA>>.

Si tiene alguna duda o pregunta, por favor llame a <<IPA>> al <<IPA Phone#>>, <<Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<TTY#>>.

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

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

CC: [Requesting Provider]
[Requested Provider]
[PCP]

Proveedor Solicitado: El servicio solamente se aprueba si el Miembro es elegible en el momento del servicio. Usted puede verificar esto en Internet en <http://www.iehp.org> o llamando al (909) 890-3800 (IVR) o al (888) 440-4340 (Teléfono).

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.