



<<Date>>

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

會員 ID：<<Member ID>>；出生日期：<<DOB>>
索引號碼：<<Reference #>>；服務類型：<<Service Category>>

<<Member Name>>，

以下醫療服務已獲核准：

服務	數量及日期
<CPT Code Description>	<Quantity and approved date>

相關服務將由以下人員提供：
(Authorized Provider Name) (Phone Number)

您現在可以致電此醫生進行約診。請在赴診時攜帶此函。

如果您有任何疑問，請聯絡<IPA>，電話為<Contact Information>。

重要通知！

在接受會員的轉介和治療後，醫生/醫療服務提供者即同意接受<IPA>合約費率。此轉介/授權僅驗證醫療必要性。服務費用取決於提供服務時會員的資格。

您可向<IPA>諮詢用於做出此決議的準則，電話為<Contact Information>。

敬祝安康

醫療服務使用管理 (Utilization Management, UM) 協調員
抄送：PCP

Requesting Provider

會員檔案處

加州健康服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 監察專員辦公室

如需有關 Medi-Cal 的幫助，您可以致電加州健康護理服務部 (California Department of Health Care Services, CDHCS) 監察專員辦公室，電話：**1-888-452-8609**，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時，不包括節假日。監察專員辦公室可幫助 Medi-Cal 投保人了解他們的權利和責任。