



<<Date>>

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

ID de miembro: <<Member ID>>; Fecha de Nacimiento: <<DOB>>  
Número de Referencia: <<Reference #>>; Tipo de Servicio: <<Service Category>>

<<Member Name>>:

Se han aprobado los siguientes servicios médicos:

<u>Services</u>	<u>Quantity and Dates</u>
<CPT Code Description>	<Quantity and approved date>

Los servicios serán prestados por:  
(Authorized Provider Name) (Phone Number)

Ahora puede llamar a este Doctor para hacer su cita. Recuerde llevar esta carta a su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a <IPA> al <Contact Information>.

¡AVISO IMPORTANTE!  
Al aceptar la referencia y el tratamiento del Miembro, el Doctor/Proveedor se compromete a aceptar las Tarifas Contratadas de <IPA>. Esta referencia/autorización solo confirma la necesidad médica. El pago de los servicios depende de la elegibilidad del Miembro en el momento en que se prestan los servicios.

Los criterios utilizados para tomar esta decisión pueden solicitarse llamando a <IPA> al <Contact Information>.

Su salud es nuestra prioridad,

Coordinador de Utilidad de los Servicios (UM)  
cc: PCP  
Requesting Provider  
Archivo del Miembro

**Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS)**

Para obtener ayuda con Medi-Cal, puede llamar a la Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm, excepto los días festivos. La Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California ayuda a que las personas con Medi-Cal ejerzan sus derechos y conozcan sus responsabilidades.