

<<Date>>

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

Số Hội Viên: <<Member ID>>; Ngày Sinh: <<DOB>>

Số Tham Chiếu: <<Reference #>>; Loại Dịch Vụ: <<Service Category>>

<<Member Name>>,

(Các) dịch vụ y tế sau đã được chấp thuận:

Dịch vụ

<CPT Code Description>

Số lượng và Ngày

<Quantity and approved date>

Các dịch vụ sẽ được cung cấp bởi:

(Authorized Provider Name) (Phone Number)

Bây giờ quý vị có thể gọi cho Bác sĩ này để đặt hẹn. Vui lòng mang theo lá thư này đến cuộc hẹn của quý vị.

Nếu quý vị có câu hỏi nào khác, vui lòng gọi <IPA> theo số <Contact Information>.

THÔNG BÁO QUAN TRỌNG!

Sau khi chấp nhận sự giới thiệu và điều trị của Hội Viên, Bác Sĩ/Nhà Cung Cấp đồng ý chấp thuận Mức Giá theo Hợp Đồng của <IPA>. Giấy giới thiệu/ủy quyền này chỉ xác minh sự cần thiết về mặt y tế. Các khoản thanh toán cho các dịch vụ phụ thuộc vào tính đủ điều kiện của Hội viên tại thời điểm các dịch vụ được cung cấp.

Các tiêu chí được sử dụng để đưa ra quyết định này có thể được yêu cầu bằng cách gọi <IPA> theo số <Contact Information>.

Chúc quý vị mạnh khỏe,

Điều Phối Viên UM

Đồng gửi: **PCP**

Requesting Provider

Tệp Hội Viên

Văn Phòng Thanh Tra của Sở Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) California

Để được trợ giúp với Medi-Cal, quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Thanh Tra của Sở Dịch Vụ Y Tế California theo số **1-888-452-8609**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ Sáng đến 5 giờ Chiều, trừ các ngày nghỉ lễ. Văn Phòng Thanh Tra sẽ giúp những người có Medi-Cal hiểu các quyền và trách nhiệm của họ.