

<<IPA LOGO>>

服務授權通知

<<Date>>

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

出生日期 : <MM/DD/YYYY>
會員卡號碼 : <Member ID>
健保計畫 : IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
提出要求的醫生 : <Physician Name>
要求使用的醫生 : <Physician Name>
授權 / 事前證明號碼 : <Authorization #>

<Member> , 您好 :

我們希望您一切安好。本信函旨在告知您，我們已收到由您或您的醫療服務提供者所提出的下列服務要求。我們很高興在此通知您，我們已核准要求的服務。

獲得授權的服務 : <Authorized Services>
授權服務次數 : <# of Services>
授權有效期間 (自 / 至) : <MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>
獲得授權的醫療服務提供者 : <Servicing provider Name> <Servicing Provider
Phone Number>

敬請瞭解，如果您在未來需要更多服務 (例如診所就診、治療、檢測或手術)，您將需事先獲得 <<IPA>> 的核准。在接受專科醫生 / 服務提供者看診之前取得 <<IPA >> 的核准非常重要。如果您沒有事先獲得核准，則您可能必須自行為這些服務付費。

<<IPA>> 將會根據您的 IEHP DualChoice 福利和醫療需求審查服務要求。您在接受服務時必須符合服務 / 福利資格。

如果您有任何疑問或需要進一步資訊，請致電 <<IPA Phone Number>> 與 <<IPA>> 聯絡，服務時間為 <IPA Hours of Operartion>>。TTY 使用者請致電 <<IPA TTY Number>>。

感謝您成為 <<IPA >> 的重要會員並信任我們，讓我們滿足您的健康照護需求。

敬祝安康，

<<IPA>>

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

副本： 提出要求的醫生
 要求使用的醫生
 基本保健醫生

要求使用的醫師：在提供服務之前，請先確認會員的資格。只有在會員於接受服務時符合資格的情況下，服務才會獲得核准。