



THÔNG BÁO ỦY QUYỀN – TIẾP TỤC NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Ngày Sinh:	[Member DOB]
ID Hội viên:	[Member ID]
Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe:	Inland Empire Health Plan
Nhà Cung cấp Yêu cầu:	[Requesting Provider Name]
Nhà Cung cấp Được Yêu cầu:	[Servicing Provider Name]
Số Ủy Quyền/ Chứng Nhận Trước:	[Authorization or Referral #]

Kính gửi <<Member Name>>,

Chúng tôi vui mừng thông báo với quý vị rằng yêu cầu Tiếp tục Nhận Dịch vụ Chăm sóc cho <<service category>> với <<servicing provider name>> của quý vị đã được chấp thuận! Điều này có nghĩa là quý vị vẫn khám với Nhà Cung cấp của mình mặc dù họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Quý vị sẽ được khám với Nhà Cung cấp ngoài mạng lưới của quý vị trong 12 tháng kể từ ngày quý vị đăng ký với IEHP. Dưới đây là thông tin chi tiết hơn về những gì đã được chấp thuận và trong bao lâu.

- Dịch vụ được Chấp thuận: <<procedure grid CPT codes>>
- Số lượng Dịch vụ Được Chấp thuận: <<# of units approved>>
- Nhà Cung cấp được Chấp thuận: <<Servicing provider Name>>
<<Servicing Provider Phone Number>>
- Chấp thuận từ ngày/đến ngày: <<MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>>

<<IPA>> sẽ liên lạc với quý vị và Nhà Cung cấp của quý vị trước khi dịch vụ chăm sóc được chấp thuận của quý vị kết thúc. Khi đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết cách chuyển dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một Nhà Cung cấp Ngoài Mạng lưới sang một Nhà Cung cấp Trong Mạng lưới.

Tất nhiên, quý vị có thể chọn một Nhà Cung cấp từ mạng lưới của <<IPA's>> bất kỳ lúc nào. Để xem danh sách các Nhà Cung cấp và Nhà thuốc của <<IPA>>, hãy truy cập <<IPA Website>> hoặc gọi <<IPA service number>>.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào khác, hãy gọi cho <<IPA>> theo số <<IPA service number>>.

Chúc quý vị mạnh khỏe,
<<IPA>>

Đồng gửi: [Requesting Provider]
[Servicing Provider]
[PCP]

Nhà Cung Cấp Được Yêu Cầu: Dịch vụ chỉ được chấp thuận nếu Hội Viên đủ điều kiện tại thời điểm sử dụng dịch vụ. Quý vị có thể xác nhận điều này trực tuyến tại www.iehp.org hoặc bằng cách gọi (909) 890-3800 (IVR) hoặc (888) 440-4340 (Điện Thoại).

Văn phòng Thanh tra thuộc Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Care Services, DHCS) California

Để được trợ giúp về Medi-Cal, quý vị có thể gọi Văn phòng Thanh tra thuộc Sở Dịch vụ Y tế California (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **1-888-452-8609**, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, ngoại trừ các ngày lễ. Văn phòng Thanh tra giúp những người có tham gia Medi-Cal hiểu các quyền và trách nhiệm của họ.

Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý California

Nếu quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc từ một Nhà Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể có quyền duy trì Nhà Cung cấp của mình trong một khoảng thời gian nhất định. Vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Hội viên IEHP, và nếu quý vị có thêm thắc mắc, quý vị nên liên hệ với **Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý**, là cơ quan bảo vệ người tiêu dùng, qua số điện thoại miễn phí, **1-888-466-2219**, hoặc theo số TTY cho người khiếm thính và khiếm ngôn là **1-877-688-9891**, hoặc trực tuyến tại www.dmhc.ca.gov.