**AVISO DE FINALIZACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**Fecha de Nacimiento:**  [Member DOB]

**ID de Miembro:**  [Member ID]

**Plan de Salud:**  IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

**Proveedor que Solicita el Servicio:** [Requesting Provider Name]

**Proveedor Solicitado:**  [Servicing Provider Name]

**Número de Autorización/Certificación Previa:** [medHOK Reference #]

Estimado/a [Member Name]:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para informarle que la continuidad de su atención médica (conservar un Proveedor fuera de nuestra red hasta doce meses a partir del día en que se inscribe en IEHP DualChoice) con <insert servicing provider name> para <service category> finalizará el <thru date from procedure box>.

Como Miembro de <<IPA>>, usted puede elegir un nuevo Proveedor en cualquier momento. Para ver una lista de Proveedores dentro de la red, puede consultar el Directorio de Proveedores de <<IPA>> en <<IPA website>> o llamar a Servicios para Miembros de <<IPA>>.

Si necesita ayuda para buscar un Proveedor que esté dentro de nuestra red o si tiene alguna pregunta o duda, por favor llame a Servicios para Miembros de <<IPA>> al <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<IPA TTY Number>>.

Aunque hubo un cambio en su atención médica, todos sus beneficios de IEHP DualChoice son los mismos. Gracias por ser un/a valioso/a Miembro de <<IPA>> y por confiarnos sus necesidades de atención médica.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

CC: [Requesting Provider Name]

[Servicing Provider Name]

**Proveedor Solicitado:** El servicio solamente se aprueba si el Miembro es elegible en el momento del servicio. Usted puede verificar esto en línea en **www.iehp.org** o llamando al   
(909) 890-3800 (IVR) o al (888) 440-4340 (teléfono).

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*