**《不利權益裁定通知書》**

**關於您的財務責任**

*日期*

*會員姓名 治療服務提供者名稱*

*地址 地址*

*市，州郵遞區號 市，州郵遞區號*

**關於：** *申請的服務*

*服務提供者名稱*已拒絕您對以下財務責任的爭議：*插入爭議財務責任說明（例如，費用分攤、共同保險、其他責任）*。這是因為*使用易懂的語言，插入簡明扼要的說明解釋拒絕原因。如需進一步資訊，請說明需要哪些進一步資訊及/或必要時需採取的其他步驟*。

若您認為此決定不正確，您可提出上訴。隨附「您的權利」資訊通知告知您如何行使這些權利。以及您可於何處獲得上訴協助。這是免費法律援助。我們鼓勵您將任何有助於上訴的資訊或文件隨附上訴寄出。隨附「您的權利」資訊通知提供您在請求上訴時必須遵守的時間表。

您可免費索取用於做出此決定的所有資訊副本。這包括我們用來做決定的指南、準則或標準副本。如需此服務，請致電 *電話號碼* 聯絡 *服務提供者名稱*。

該計劃可以協助您解決有關此通知的任何問題。如需協助，您可於 *營業時間*，致電 *服務提供者名稱會員服務電話號碼* 聯絡 *服務提供者名稱*。如果您有在語障或聽障問題，請於 *營業時間* 內，致電 TTY/TTD 號碼 *TTY/TTD 號碼* 尋求協助。

如果您需要本通知及/或 服務提供者名稱 的替代性文件，如大字體、盲人點子或電子格式，或者，如果您需要幫助閱讀的資料，請致電 *電話號碼* 聯絡 *服務提供者名稱。*

如果該計劃未能提供滿意的說明及/或您需要的其他幫助，州 Medi-Cal（醫療補助保險） 管理式醫療申訴專員辦公室可以幫助您解答任何問題。您可以在太平洋標準時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點（公休日除外）致電 1-888-452-8609。

本通知不會影響您的任何其他 Medi-Cal（醫療補助保險）服務。

*服務提供者機構稱呼*

隨附*：您在 Medi-Cal（醫療補助保險）管理式醫療下的權利*

語言協助提示通知