**《不利權益裁定通知書》**

**關於您的治療申請-未能及時解決申訴和上訴通知**

*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*

我們的記錄顯示，您已於*日期*向 *服務提供者名稱 或 服務提供者名稱 提出投訴或上訴*。很抱歉，*服務提供者名稱*未能於規定時間內完成審查*投訴或上訴*。

對於延遲處理您的*投訴或上訴*，我們深表歉意。我們正在處理中，並盡快向您告知決定。

您可以就此決定提出上訴。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。

服務提供者名稱 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 *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 *711* 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 服務提供者名稱 未能提供令您滿意的說明及/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