**不利权益决定通知书**

**关于您的治疗申请—终止通知**

*日期*

*会员姓名 治疗服务提供方名称*

*地址 地址*

*州、城市、邮政编码 州、城市、邮政编码*

**事由：** *申请的服务*

您目前正在接受的*服务即将终止。*自*终止日期*起，我们将不再批准这项治疗。原因如下：

*1. 决定理由的清晰、扼要说明；*

1. *所依据的标准或指南的说明，包括支持该决定的具体法规和计划授权程序；以及*
2. *关于医疗必要性的临床决定依据。*

如果您认为决定有误，可提出上诉。随附的《您的权利》告知书将说明上诉方式，同时也会告知您可在哪里获得上诉帮助（包括免费的法律援助）。建议您在提交上诉时，附上所有可能有助于上诉的任何信息或文件。随附的《您的权利》告知书列出了申请上诉时必须遵守的时限。

您可以要求免费获取作出此决定所依据的全部信息，包括我们作出决策时参考的指南、规程或标准文件。如需获取，请致电*提供方名称，联系电话：*。

如果您希望在我们处理上诉期间继续获得此项服务，必须在本信函日期起 10 天内，或在提供方名称告知的服务停止或减量生效日期之前，提出上诉申请。

本通知不影响您享有的其他 Medi-Cal 服务。

如果您对本通知有任何疑问，该计划可以为您解答。如需帮助，请在*工作时间*致电*提供方名称，提供方名称的会员服务电话：*。如果您有听力或言语障碍，请在*工作时间*拨打 TTY/TTD 号码 *TTY/TTD 号码* 获取帮助。

如果您需要以其他通信形式（如大字体、盲文或电子格式）获取本通知和/或提供方名称的其他文件，或者，如果您需要有人协助您阅读相关材料，请拨打*电话号码*与*提供方名称*联系。

如果计划未能让您获得满意的帮助，并且/或者您还需要额外的帮助，州 Medi-Cal 管理式护理申诉专员办公室可以为您解答任何疑问。除节假日外，您可以在周一至周五（太平洋标准时间上午 8 点至下午 5 点）联系他们，联系电话：1-888-452-8609。

*服务提供方机构问候语*

附件*：Medi-Cal 管理式护理计划权利告知书*

可用性通知语言标语