



《不利權益裁定通知書》 關於您的治療申請-變更通知

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

關於 :

[REDACTED] 已要求 [REDACTED] 核准 [REDACTED]。我們無法核准您申請此項治療。
原因如下：

1. [REDACTED]
2. [REDACTED] 以及
3. [REDACTED]。

我們將改為核准以下治療 : [REDACTED]。

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 [REDACTED] 聯絡 [REDACTED]。

若您目前正在接受服務，且您希望在我們決定您的上訴期間繼續接受服務，您必須在本信函日期起 10 天內，或在您的心理健康計劃表示將停止或減少服務的日期之前提出上訴。

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 [REDACTED]，致電 [REDACTED] 聯絡 服務提供者名稱。如果您有在語障或聽障問題，請於 [REDACTED] 內，致電 TTY/TTD 號碼 [REDACTED] 尋求協助。



如果您需要本通知及/或 [REDACTED] 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 [REDACTED] 聯絡 [REDACTED] 。

如果 [REDACTED] 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。

[REDACTED]
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