**不利权益决定通知书**

**关于您的治疗申请—及时获取服务通知**

*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*

*您或您的提供方——申请方名称*已向*计划*申请获取或批准*申请的服务*。*申请方名称*未在*数量*工作日内提供服务。根据记录显示，您或您的授权代表已于*日期*申请了该服务*。*

对于未能及时提供服务，我们深表歉意。我们正在处理您的申请，并将尽快为您提供*申请的服务*。

您可以对此决定提出上诉。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。

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*计划，联系电话：*。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/或计划的其他文件，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*计划*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。

本通知不影响您享有的其他 Medi-Cal 服务。

*县申诉团队*

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