**711 不利权益决定通知书**

**关于您的治疗申请**

*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*提供方名称*申请获取或批准*申请的服务*。  
根据记录显示，您或您的授权代表已于*日期*申请了该服务。*提供方名称*尚未就  
该申请作出决定。

对于处理此项申请处理延误，我们深表歉意。我们正在推进您的申请处理工作，  
并将尽快*向您或您的提供方*——*申请方名称*出具决定。

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。

如您对本通知有任何疑问，可联系提供方名称获取帮助。如需帮助，请在*工作时间*致电*提供方名称*，*联系电话：*。如果您有听力或言语障碍，请在*工作时间*内拨打 TTY/TTD 号码 *711* 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。

如果提供方名称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。

*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”*

可用性通知标语