



不利福利确定通知 - 拒绝

关于您的治疗请求

日期

受益人姓名
地址
城市，州邮编

治疗提供者名称
地址
城市，州邮编

回复: 申请的服务

申请者姓名已申请计划批准申请的服务。此申请已被拒绝。拒绝原因是使用简明语言，插入：1. 清晰简洁地解释作出该决定的原因；2. 说明使用的标准或指南，包括引用作出该决定所依据的具体法规和授权程序；以及 3. 该决定的临床原因及医疗必要性。

如果您认为该决定有误，可进行上诉。“您的权利”信息通知附件将为您介绍如何进行上诉，以及从哪里可以获取上诉方面的帮助，这还意味着，您可以获得免费法律帮助。建议在提交上诉时随附上任何有助于您开展上诉的信息或文件。“您的权利”信息通知附件亦包含在申请上诉时您必须遵守的时间表。

您可以索取作出此决定所依据的所有信息的免费副本，其中包括我们用于作出决定的指南、协议或标准的副本。如需此等副本，请致电计划，电话号码为电话号码。

如果您目前正在接受服务，并且您希望在我们就您的上诉作出决定期间继续接受服务，则您必须在本函所注日期起 10 天内或者在计划宣布停止或减少服务的日期之前提起上诉。

计划可以帮助您解答有关本通知的任何问题。如需帮助，请致电计划，工作时间，电话号码为计划成员服务电话号码。如在听说方面存在困难，请在工作时间拨打 TTY/TTD 号码 TTY/TTD 号码，获取帮助。



如需大字体版、盲文版或电子版等替代通信格式的本通知和/或计划其他文件，或者如需帮助阅读材料，请联系计划，致电电话号码。

如果计划无法提供令您满意的帮助和/或您需要额外帮助，则您可以请求州 Medi-Cal 管理模式护理调查专员办公室帮助解答您的任何问题。您可以在星期一到星期五太平洋标准时间上午 8 点到下午 5 点（节假日除外）拨打 1-888-452-8609 致电该办公室。

本通知不会影响您的任何其他 Medi-Cal 服务。

签字栏

附件： “您的权利”
语言帮助标语
受益人非歧视通知

每封信随附上通知