

不利福利确定通知 - 修改
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。我们无法依请求批准该项治疗。这是因为使用简明语言，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。

相反，我们将批准以下治疗：*已批准服务或服务年限*。

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。建议您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