



不利福利确定通知 - 授权延迟

关于您的治疗请求

日期

受益人姓名

治疗提供者名称

地址

城市，州邮编

地址

城市，州邮编

回复: 申请的服务

您或您的提供者（申请提供者的名称）已请求计划获取或批准申请的服务。我们的记录显示，您在申请日期申请服务或者委托他人代您申请服务。计划尚未作出有关此申请的决定。

对于在处理此申请方面给您带来的延迟，我们向您深表歉意。我们正在加紧处理您的申请，并将尽快给您或您的提供者（申请提供者的名称）一个决定。

您可以就此决定提起上诉。“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。

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)