



不利福利确定通知 投诉与上诉及时解决 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]

我们的记录显示您在 *申请日向计划或（提供者名称）* 提起一项 *投诉或上诉*。遗憾的是，*计划* 并未在规定时间内完成 *投诉或上诉审核*。

对于在处理您的 *投诉或上诉* 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 *投诉或上诉*，并将尽快给您一个决定。

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。

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