

<IPA LOGO>

**行動通知
關於您的治療要求**

<<Date>>

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

<<Treating Provider's Name>>
<<Address>>
<<City,>> <<State>> <<Zip>>

識別號碼：<<Member ID Number>>；個案編號：<<Insert case number>>

主旨：<<Service Requested>>

[Name of requesting provider] 已要求 <IPA> 核准 *[Service requested]*。我們需要更多時間作出決定。這是因為 *[Insert a clear and concise explanation of the reasons for the delay, indicating the specific information or whatever additional information the plan needs what further information is needed and/or additional steps need be taken. If further information is being requested, input the deadline for receipt of information.]* 我們將於 *[date]* 另外致函給您告知您決定。

您可針對此決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊信函將會告知您該怎麼做。該信函也會向您說明您可如何獲得免費協助。其中包括免費的法律援助。您可以寄送任何可能對您個案有幫助的資訊。「您的權利」信函將會告知您可以申請上訴的截止日期。

州政府 Medi-Cal 管理式照護「監察員辦公室」能協助回答您的任何疑問。您可致電 **1-888-452-8609** 與其聯絡。您也可透過您的醫生取得協助或致電 **1-800-440-IEHP (4347)** 與我們聯絡。

本信函將不會使您的其他 Medi-Cal 照護發生變更。

[Medical Director's Name]

附件：「Medi-Cal 管理式照護賦予您的權利」