

**行動通知
關於您的治療要求**

<Date>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

<Treating Provider's Name>

<Address>

<City, State Zip>

識別號碼：<Reference Number>

主旨： <Service requested>

<Name of requesting provider> 已要求 <IPA> 核准 <Service requested>。這項要求遭到拒絕。這是因為 <Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity>。

您可以免費索取做這個決定時使用的所有資訊。如欲索取相關資訊，請致電 <IPA phone number> 與 <IPA> 聯絡。

您可以對這個決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊信函會告訴您如何上訴，也會告訴您如何取得免費協助。這包括免費法律協助。您可以寄送任何對您的個案有所幫助的資訊。「您的權利」信函會告訴您提出上訴要求的最後期限是哪一天。

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。您可以致電 1-888-452-8609 與他們聯絡。您也可以向您的醫生求助，或者致電 1-800-440-IEHP (4347) 與 IEHP 會員服務部聯絡，服務時間為週一至週五上午 7 時至晚上 7 時，以及週六至週日上午 8 時至下午 5 時。TTY 使用者請撥 1-800-718-4347。

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」