

THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG – KHÔNG ĐÀI THỌ
Về Yêu cầu Điều trị của Quý vị

<<Date>>

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

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

Mã số Định danh: <<Member ID Number>>; Số Hồ sơ: <<Insert case number>>

V/v: << Service Requested>>

Thư này KHÔNG phải nhằm từ chối dịch vụ.

Thư này cho quý vị biết rằng <IPA name> không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã yêu cầu (được trình bày ở trên).

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ <Entity responsible for carved-out service>. Quý vị có thể gọi cho họ theo số <telephone number>. Quý vị cũng có thể liên hệ với <IPA> và chúng tôi sẽ giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần và liên hệ với <Entity responsible for carved-out service>. <Insert additional action taken by the Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member>.

Văn phòng Thanh tra Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medi-Cal của Tiểu bang có thể trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số **1-888-452-8609**. Quý vị cũng có thể nhận được sự trợ giúp từ Bác sĩ của mình, hoặc gọi <IPA Contact> theo số <IPA phone and hours of operation>. Người dùng TTY nên gọi 711.

Thư này không thay đổi dịch vụ chăm sóc Medi-Cal khác của quý vị.

< Medical Director's Name or Reviewer's Name>