

<IPA LOGO>

THƯ THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG

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>>; Vụ việc số: <<Insert case number>>

V/v: <<Service Requested>>

[Name of requesting provider] đã yêu cầu <IPA> phê duyệt *[Service requested]*. Chúng tôi cần thêm thời gian để đưa ra quyết định. Điều này là do *[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.]* Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác vào *[date]*, để thông báo cho quý vị về quyết định.

Quý vị có thể kháng nghị quyết định này của chúng tôi. Thư về “Quyền của Quý vị” được gửi kèm cho quý vị biết cách kháng nghị. Nó cũng cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể nhận được giúp đỡ miễn phí. Điều này cũng bao gồm trợ giúp pháp luật miễn phí. Quý vị có thể gửi đến bất kỳ thông tin nào có thể có ích cho trường hợp của quý vị. Thư “Quyền của Quý vị” cho quý vị biết ngày cuối cùng quý vị có thể yêu cầu kháng nghị.

"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 trợ giúp từ bác sĩ của quý vị, hoặc gọi cho chúng tôi theo số **1-800-440-IEHP (4347)**.

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

[Medical Director's Name]

Gửi kèm: "Quyền của Quý vị theo Chương trình Chăm sóc Có quản lý của Medi-Cal"