

THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG

Về Yêu cầu Nhận Điều trị của Quý vị

<Date>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

<Treating Provider's Name>

<Address>

<City, State Zip>

Mã số: <Reference Number>

V/v: <Service requested>

<Name of requesting provider> đã yêu cầu <IPA> chấp thuận cho <Service requested>.

Yêu cầu này bị từ chối. Điều này là do <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>.

Quý vị có thể nhận các bản sao miễn phí của tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Để yêu cầu các bản sao, vui lòng gọi <IPA> theo số <IPA phone number>.

Quý vị có thể kháng nghị quyết định này. Thư thông tin về “Các Quyền của Quý vị” được đính kèm sẽ cho quý vị biết cách thực hiện. Thư cũng cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ miễn phí. Đây có thể là trợ giúp pháp lý miễn phí. Quý vị có thể gửi bất kỳ thông tin nào có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị. Thư về “Các Quyền của Quý vị” cho quý vị biết ngày cuối cùng quý vị có thể yêu cầu kháng nghị.

“Văn phòng Thanh tra” của Tiểu bang về Chăm sóc có Quản lý Medi-Cal có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc. 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 mình hoặc gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của IEHP theo số 1-800-440-IEHP (4347), Thứ Hai–Thứ Sáu, 7 giờ sáng–7 giờ tối và Thứ Bảy–Chủ Nhật, 8 giờ sáng–5 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-718-4347.

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 trong chương trình Chăm sóc có Quản lý của Medi-Cal"