

## <IPA logo>

### 行動通知 – 終止 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>>

您最近正在獲得 *[service to be terminated]*。這項照顧將不再被批准。*[Service to be terminated]* 將於 *[date]* 結束。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].*

<IPA> 將於 *[date]* 停止支付這項照顧。

您可免費取得用於作出此決定之所有資訊的副本。如欲索取這些資訊，請致電 <IPA Contact Information> 與 <IPA> 聯絡。

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。您可以撥打他們的電話 1-888-452-8609。您也可透過您的醫生取得協助或致電 <IPA phone number and hours of operations> 與 <IPA Contact> 聯絡。TTY 使用者請致電 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 or Reviewer's Name]**