

行動通知 – 排除項目
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>>

這不是服務遭到拒絕的通知。

本信函旨在告知您，<IPA name> 無法提供您所要求的照護 (如上所示)。

您可透過 <Entity responsible for carved-out service> 取得該照護。您可致電 <telephone number> 與他們聯絡。您也可與 <IPA> 聯絡，我們將會協助您取得您所需的照護並與 <Entity responsible for carved-out service> 聯絡。<Insert additional action taken by the Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member>.

州政府 Medi-Cal 管理式照護監察員辦公室能協助您回答任何疑問。您可以致電 **1-888-452-8609** 與他們聯絡。您也可透過您的醫生取得協助，或者致電 <IPA Contact>，電話與服務時間為 <IPA phone and hours of operation>。TTY 使用者請致電 711。

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>