

< IPA LOGO >

行動通知—修改
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>>

<Name of requesting provider> 已要求 <IPA name> 核准 <Service requested>。我們不能核准這種治療的方式。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>.

我們改而核准：<Clear and concise explanation of modification of request and service approved>.

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 name, phone number and hours of operation>。

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 1-800-440-IEHP (4347) 與 IEHP 會員服務部聯絡，服務時間為週一至週五，上午 7 時至晚上 7 時以及週六至週日，上午 8 時至下午 5 時。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]

附件：「Medi-Cal 管理式照護賦予您的權利」