

< IPA LOGO >

THƯ THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG – SỬA ĐỔI 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>>

Số Định Danh: <<Member ID Number>>; Vụ việc số: <<Insert case number>>

V/v: <<Service Requested>>

<Name of requesting provider> đã yêu cầu <IPA name> phê duyệt <Service requested>. Chúng tôi không thể phê duyệt phương pháp điều trị này do cách thức của phương pháp. 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>.

Thay vào đó, chúng tôi đã phê duyệt: <Clear and concise explanation of modification of request and service approved>.

Quý vị có thể lấy các bản sao miễn phí về tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này. Để yêu cầu điều này, hãy gọi <IPA name, phone number and hours of operation>.

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. Thư 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 sự trợ giúp từ bác sĩ của quý vị, 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 vui lòng gọi theo 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 theo Chương trình Chăm sóc Có quản lý Medi-Cal Managed Care