# 上诉解决通知

#### 日期

## *会员姓名* *主治医护提供者姓名*

*地址* *地址*

*城市、州、邮政编码* *城市、州、邮政编码*

### 关于： *请求的服务*

您或*请求医护提供者或授权代表姓名*，代表您对 *请求的服务的*  拒绝、 延迟、 修改、 终止提出了上诉。

健保计划已审查上诉并决定推翻原决定。此请求现已获批准。

原因如下*使用简单的语言，插入：1. 清晰简明地说明做出决定的原因；* *2.描述使用的标准或指引，包括引用支持此行动的特定法规或计划授权程序；和 3.必须说明做出医疗必要性决定的临床原因*。

*健保计划或医护提供者* 必须在 72 小时内授权或为您提供服务。

**健保计划可帮您解决任何本通知相关问题。**

* 如需门诊服务援助，请致电消费者健康教育与倡权中心 (CCHEA)，电话：1-877-734-3258，服务时间：上午 9 点至下午 5 点。
* 如需住院或住民服务援助，请致电犹太家庭服务 (JFS) 患者倡权计划，电话：619-282-1134 或 1-800-479-2233，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。
* 如果听说不便，请致电听障专线 711 求助，服务时间：上午 8 点至下午 5 点。

如需健保计划以其他交流格式（如大字体、盲文或电子格式）提供本通知和/或其他文件，或需援助阅读材料，请致电求助和​​危机热线 (ACL)，电话：1-888-724-7240 或 听障专线：711。

如果健保计划提供的援助无法让您满意和/或您需要额外援助，加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 管理式医护监察员办公室 (Ombudsman Office) 可帮您解决任何问题，服务时间：太平洋标准时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点，（节假日除外），电话：1-888-452-8609。

*签名块*