



---

## ***NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION- Denial About Your Treatment Request***

### **不利福利認定通知書 關於您的治療要求**

*Date*

*Beneficiary's Name  
Address  
City, State Zip  
Medi-Cal 號碼*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip  
電話號碼*

事由: *Service requested*

*Name of requestor* 要求三藩市行為健康服務部核准 *Service requested*. 這項請求被拒絕。拒絕的原因是 *Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

如果您認為不正確，可以對本決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊通知會說明上訴方式，也會告訴您可在何處獲得上訴的協助。這也代表免費的法律協助。我們鼓勵您寄出可能對您的上訴有幫助的任何資訊或文件。隨附的「您的權利」資訊通知會說明提出上訴時必須遵守的時間表。

您可以免費索取本決定所依據的所有資訊副本。這包括我們用來做出決定所依據的準則、協定或標準。請致電 *上述電話號碼* 向 *提供者* 索取。

如果您正在接受服務而且想要在我們決定您的上訴期間繼續接受服務，您必須從本信日期的 10 天內或是計劃將要終止或減少服務的日期之前提出上訴。



計劃可以幫助您解答對於本通知的任何問題。如需協助，可以在週一至週五上午 8 點到下午 5 點致電 1-800-779-0787。如果您有言語或聽力困難，請在週一至週五上午 8 點到下午 5 點致電 TDD 號碼 1-888-484-7200 尋求協助。

如果您需要本通知及（或）其他計畫文件的替代格式，例如大字版、點字或電子格式，或是您需要閱讀資料的協助，請致電 1-800-779-0787 聯絡健康服務中心（ACBH Grievance Line）。

如果計劃無法提供讓您滿意的幫助及（或）您需要額外幫助，州立 Medi-Cal 管理式保健部的申訴專員辦公室可以幫助解答您的疑問。您可以在週一至週五太平洋時間上午 8 點到下午 5 點致電 1-888-452-8609，假日除外。

本通知不會影響您其他的 Medi-Cal 服務。

附件：  
NOABD 「您的權利」  
語言協助標籤  
受益人反歧視通知

*Signature Block*

Enclosures: “Your Rights”  
Language Assistance Taglines  
Beneficiary Non-Discrimination Notice

*Enclose notice with each letter*