



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

***NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION-
Payment 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

RE: *Service requested*

Name of requesting Provider 要求三藩市行為健康服務部核准支付您所接受的以下服務: *Service requested*。計劃拒絕了您的提供者的付款要求。拒絕的理由是。
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.

請注意：這不是服務的帳單。您不需要支付您接受的服務。

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。

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