



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

不利福利認定通知書

關於您的財務責任

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

三藩市行為健康服務部已拒絕您對於 insert a description of the disputed financial liability (e.g., cost-sharing, co-insurance, other liabilities)財務責任的爭議。這是因為Using plain language, insert a clear and concise explanation of the reasons for the denial. If further information is need, indicate what further information is needed and/or additional steps need be taken, if necessary。

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1-888-246-3333。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**1-888-246-3333**聯絡健康服務中心（**Health Access Center**）。

如果計畫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

cc: Quality Management