



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

**NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION
Grievance & Appeal Timely Resolution**

About Your Treatment Request

不利福利認定通知書
關於您的申訴或上訴決議

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]

我們的紀錄顯示您在 **Date filed** 向三藩市行為健康服務部提出 **grievance or appeal**。很遺憾，三藩市行為健康服務部未能在規定的時限內完成 **grievance or appeal** 的審核。

我們很抱歉延遲處理您的 **grievance or appeal**。我們正在處理，將會盡快向您提供我們的決定。

您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。

三藩市行為健康服務部可以幫助您解答對於本通知的任何問題。如需協助，可以致電申訴 / 上訴辦公室電話號碼 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** 聯絡申訴 / 上訴辦公室。

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

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

Enclose notice with each letter