

Karyn Tribble, PsyD, LCSW
Director

***NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION-
Delivery System
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*

Mental Health Plan

本信是告訴您三藩市行為健康服務部已認定您的精神健康健康狀況不符合醫學必要性的標準，沒有資格獲得專科精神健康服務 *Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

雖然您沒有資格獲得專科精神健康服務，還是能夠從 *Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider*. 獲得非專科的精神健康服務。您可以打電話給他們 *telephone number*. ***If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.***

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 天內或是您的精神健康計劃將要終止或減少的服務日期之前提出上訴。

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

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

Enclose notice with each letter

