



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

**不利福利确定通知 - 金融负债
关于您的金融负债**

日期

受益人姓名

地址

城市，州邮编

治疗提供者名称

地址

城市，州邮编

回复: 申请的服务

计划已拒绝事关插入有争议的金融负债描述（例如，成本分摊、共同保险、其他负债）的金融负债争议。这是因为使用简明语言，插入清晰简洁地解释作出该决定的原因。如需进一步信息，请指出需要的进一步信息和/或需要采取的其他步骤（如有必要）。

如果您认为该决定有误，可进行上诉。“您的权利”信息通知附件将为您介绍如何进行上诉，以及从哪里可以获取上诉方面的帮助，这还意味着，您可以获得免费法律帮助。建议您在提交上诉时随附上任何有助于您开展上诉的信息或文件。“您的权利”信息通知附件亦包含在申请上诉时您必须遵守的时间表。

您可以索取作出此决定所依据的所有信息的免费副本，其中包括我们用于作出决定的指南、协议或标准的副本。如需此等副本，请致电计划，电话号码为电话号码。

计划可以帮助您解答有关本通知的任何问题。如需帮助，请致电计划，工作时间，电话号码为计划成员服务电话号码。如在听说方面存在困难，请在工作时间拨打 TTY/TTD 号码 TTY/TTD 号码，获取帮助。

如需大字体版、盲文版或电子版等替代通信格式的本通知和/或计划其他文件，或者如需帮助阅读材料，请联系计划，致电电话号码。

如果计划无法提供令您满意的帮助和/或您需要额外帮助，则您可以请求州 Medi-Cal 管理式护理调查专员办公室帮助解答您的任何问题。您可以在星期一到星期五



太平洋标准时间上午 8 点到下午 5 点（节假日除外）拨打 1-888-452-8609 致电该办公室。

本通知不会影响您的任何其他 Medi-Cal 服务。

签字栏

附件： “您的权利”
语言帮助标语
受益人非歧视通知

每封信随附上通知