|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco****Department of Public Health** | **NOTICE OF****ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** PAYMENT DENIAL |

# 不利福利認定通知書

# 關於您的治療要求

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip  |
| Medi-Cal號碼 | 電話號碼 |

### 事由： 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。如需詢問，請撥打上述電話號碼聯絡提供者。

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711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

cc: Quality Management