



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION-Authorization Delay

About Your Treatment Request

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS

Sobre su solicitud de tratamiento

Date

Beneficiary's Name

Address

City, State Zip

Número de Medi-Cal

Treating Provider's Name

Address

City, State Zip

Número de teléfono

RE: Service requested

You or your provider (Name of requesting provider) ha solicitado que el departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda obtenga o apruebe *Service requested*. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o se solicitaron servicio(s) en su nombre el *date requested*. El departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda aún no ha tomado una decisión sobre la solicitud.

Nos disculpamos por el retraso en procesar esta solicitud. Estamos trabajando en su solicitud y le comunicaremos la decisión a *you or your provider (Name of requesting provider)* a la brevedad posible.

Usted podrá apelar esta decisión. El aviso de información "Sus derechos" que está adjunto le indica cómo. También le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le recomienda enviar con su apelación cualquier información o documentos que puedan ayudar a su apelación. El aviso de información "Sus derechos" que está adjunto indica los plazos de tiempo que debe seguir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga acerca de este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar entre 8 a.m. y 5 p.m., de lunes a viernes, al 1-800-779-0787. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al número TDD 1-888-484-7200, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, para obtener ayuda.



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County
Health Care Service Agency

Attachment H-Authorization Delay_Spanish

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si le gustaría recibir ayuda para leer el material, favor de comunicarse con el Centro de Acceso a la Salud Conductual llamando al 1-800-779-0787.

Si el Plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Cuidados Administrados de Medi-Cal del Estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST (hora estándar del Pacífico), excepto en días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

Adjuntos: Aviso de Determinación Adversa Sobre Beneficios (NOABD) “Sus Derechos”
 Mensajes de asistencia de idiomas
 Aviso de No Discriminación del beneficiario

(Enclose notice with each letter)

