Karyn Tribble, PsyD, LCSW
Director

NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION- Financial Liability

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS
Sobre su responsabilidad financiera

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*

El departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda ha denegado su disputa de responsabilidad financiera con respecto a *insert a description of the disputed financial liability (e.g., cost-sharing, co-insurance, other liabilities)*. Esto es porque *Using plain language, insert a clear and concise explanation of the reasons for the denial. If further information is need, indicate what further information is needed and/or additional steps need be taken, if necessary*.

Usted puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. 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.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que fue utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, el protocolo o los criterios que hemos utilizado para tomar nuestra decisión. Para solicitarlo, favor de llamar al *proveedor* al *número de teléfono indicado arriba*.

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.

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