

NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION-

Timely Access

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*. *Plan or Name of requesting provider* no ha prestado servicios dentro de los *number of* días hábiles. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o se solicitaron servicio(s) en su nombre el *date requested*.

Nos disculpamos por el retraso en proporcionar los servicios. Estamos trabajando en su solicitud y le proporcionaremos *Service requested* pronto.

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.

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

