

Karyn Tribble, PsyD, LCSW  
Director

---

**NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION- Grievance and Appeal  
About Your Treatment Request**

**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS  
Sobre la resolución de su agravio o apelación**

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]

Nuestros registros muestran que usted presentó un/a *grievance or appeal* con el departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda el *date filed*. Desafortunadamente, el departamento no terminó de revisar el/la *grievance or appeal* dentro del plazo requerido.

Nos disculpamos por el retraso en procesar su *grievance or appeal*. Estamos trabajando en ello y le proporcionaremos la decisión 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 departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a la Oficina de Agravios/Apelaciones 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 la Oficina de Agravios/Apelaciones 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*

