|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  GRIEVANCE/APPEAL RESOLUTION |

# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS

# Sobre la resolución de su agravio o apelación

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip |
| Número de Medi-Cal | Telephone Number |

### RE: File#

Nuestros registros muestran que usted presentó un/a grievance or appeal con el departamento de Servicios de Salud Conductual de San Francisco 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 San Francisco puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a la Oficina de Agravios/Apelaciones al 628-754-9299. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al número TDD 711, 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 628-754-9299.

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

cc: Quality Management