|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  PAYMENT DENIAL |

# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS

# Sobre su solicitud de tratamiento

Date

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

**RE:**Service requested

Name of requesting provider solicitó al departamento de Servicios de Salud Conductual de San Francisco que apruebe el pago del siguiente servicio, el cual ya recibió: Service requested. El plan ha denegado la solicitud de pago de su proveedor. La razón de la denegación es Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

**Tenga en cuenta: ésta no es una factura por el servicio. Usted no está obligado a pagar por los servicios que recibió.**

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 solicitar esto, llame al proveedor al número de teléfono que aparece 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 1-888-246-3333. 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 el Centro de Acceso a la Salud Conductual llamando al 1-888-246-3333.

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