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

# 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

You or your provider [Name of requesting provider ha solicitado que el departamento de Servicios de Salud Conductual de San Francisco 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 1-888-246-3333. 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