# NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Acerca de su Responsabilidad Financiera

#### **Date**

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### Asunto: ***Service requested***

*Plan*ha denegado su disputa de responsabilidad financiera respecto a *insert a description of the disputed financial liability (e.g., cost-sharing, co-insurance, other liabilities)*.Esto es debido a que*Using plain language, insert a clear and concise explanation of the reasons for the denial. If further information is need, indicate what further information is needed and/or additional steps need be taken, if necessary*.

Usted puede apelar esta decisión si piensa que es incorrecta. En el aviso de información “Sus Derechos” que se encuentra adjunto se le indica cómo hacerlo. También se le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también se traduce en ayuda legal gratuita. Se le insta a que envíe junto a su apelación cualquier información o documento que pueda ayudar con la misma. En el aviso de información “Sus Derechos” que se encuentra adjunto se proporcionan los plazos de tiempo que debe seguir al solicitar una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de los lineamientos, el protocolo, o los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitarlo, por favor llame a Salud Conductual y Servicios de Recuperación al 1-888-818-1115.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga acerca de este aviso. Para recibir ayuda, puede llamar en días laborables a Salud Conductual y Servicios de Recuperación entre las 8:30 am y las 5:00 pm al 1-888-818-1115. Si tiene algún problema de audición o del habla, por favor llame al número de teléfono para sordomudos 711, en días laborables entre las 8:00 am y las 5:00pm para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del plan en un formato de comunicación alternativo como: letra grande, Braille, o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, por favor contacte a Salud Conductual y Servicios de Recuperación llamando al 1-888-818-1115.

Si el Plan no le ayuda satisfactoriamente y/o necesita asistencia adicional, la Oficina Estatal del Defensor de Cuidados Administrados de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos al 1-888-452-8609 de lunes a viernes de 8am a 5pm PST, a excepción de los días feriados.

Este aviso no afecta ningún otro de sus servicios Medi-Cal.

Durante la emergencia de Covid 19, los beneficiarios que reciben un NOABD o un NAR que respalda una determinación adversa de beneficios tienen 120 días adicionales por encima de los 120 días iniciales permitidos para solicitar una audiencia imparcial del estado (240 días en total).

*Signature Block*

Documentos Adjuntos: “Sus Derechos”

Mensajes de Asistencia de Idiomas

Aviso de No Discriminación del Beneficiario