

# *“Grievance Resolution”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF GRIEVANCE RESOLUTION**

*[Date]*

*[Member's Name]*

*[Address]*

*[City, State Zip]*

*[Treating Provider's Name]*

*[Address]*

*[City, State Zip]*

### **RE: YOUR GRIEVANCE**

You or *[Name of requesting provider or authorized representative]*, on your behalf, filed a grievance with the *[Plan]* on *[DATE]*. *[Plan]* has reviewed your grievance. This notice describes steps taken to resolve your grievance.

*[Using plain language, insert: 1. A summary of the grievance filed by the member; 2. Steps taken to resolve the grievance (e.g., investigation, speaking with provider); 3. A clear and concise explanation of how the grievance was resolved, including if it was resolved in favor of the member; and, 4. The reasons for the decision.]*

If you are dissatisfied with the resolution of your grievance, you may file another grievance with the *[Plan]*.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[24/7 toll-free telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

# *“Grievance Resolution”*

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*

Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

# ***"Resolución de queja"***

*Plan Letterhead*

## **NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE QUEJA**

*Date*

*Member's Name*  
*Address*  
*City, State Zip*

*Treating Provider's Name*  
*Address*  
*City, State Zip*

### **Asunto: SU QUEJA**

Usted o *Name of requesting provider or authorized representative*, en su nombre y representación, presentó una queja con el *Plan* el *DATE*. *Plan* ha revisado su queja. Esta notificación describe las medidas que se tomaron para resolver su queja.

*Using plain language, insert: 1. A summary of the grievance filed by the beneficiary; 2. Steps taken to resolve the grievance (e.g., investigation, speaking with provider; 3. A clear and concise explanation of how the grievance was resolved, including if it was resolved in favor of the beneficiary; and, 4. The reasons for the decision.*

Si usted no está satisfecho con la resolución de su queja, puede presentar otra queja con el *Plan*.

El *Plan* puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *24/7 toll-free telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del *Plan* en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

## ***"Resolución de queja"***

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"  
Mensajes de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

*[Plan Letterhead]*

**NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION  
About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[Name of requestor] has asked [Plan] to approve [Service requested]. This request is denied. The reason for the denial is [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.]*

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

If you are currently getting services and you want to keep getting services while we decide on your appeal, you must ask for an appeal within 10 days from the date on this letter or before the date the Plan says services will be stopped or reduced.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

## *“Denial”*

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines  
Member Non-Discrimination Notice

*[Enclose notice with each letter]*

# ***"Denegación"***

*Plan Letterhead*

## **NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE LOS BENEFICIOS Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

*Name of requestor* ha solicitado *Plan* que apruebe *Service requested*. Esta solicitud es denegada. El motivo 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.*

Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* a *telephone number*.

Si actualmente está recibiendo servicios y desea continuar recibiendo servicios mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha que el Plan dice que los servicios serán suspendidos o reducidos.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o

## ***"Denegación"***

escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otra documentación del Plan en un formato alternativo de comunicación como tamaño de letra grande, Braille, o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

### *Signature Block*

Documentos adjuntos: "Sus derechos"  
Mensajes de asistencia con el idioma  
Notificación contra la discriminación del beneficiario

*Enclose notice with each letter*

# *“Payment Denial”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[Name of requesting provider]* has asked *[Plan]* to approve payment for the following service, which you already received: *[Service requested]*. The Plan has denied your provider’s request for payment. The reason for the denial is *[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].*

**Please note: this is not a bill for the service. You are not required to pay for the services you received.**

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

**If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such**

## *“Payment Denial”*

as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: Your Rights under Medi-Cal Managed Care  
Language Assistance Taglines  
Member Non-Discrimination Notice

*[Enclose notice with each letter]*

## ***"Denegación de Pago"***

*Plan Letterhead*

### **NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE LOS BENEFICIOS Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

*Name of requesting provider* ha solicitado a *Plan* que apruebe el pago por el siguiente servicio, el cual usted recibió recientemente: *Service requested*. El Plan ha denegado la solicitud de pago de su proveedor. El motivo 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 presente: esta no es una factura por el servicio. No se requiere que pague por los servicios que recibió.**

Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* al *telephone number*.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o

## ***"Denegación de Pago"***

escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otra documentación del Plan en un formato alternativo de comunicación como tamaño de letra grande, Braille, o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

### *Signature Block*

Documentos adjuntos: "Sus derechos"  
Mensaje de asistencia con el idioma  
Notificación contra la discriminación del beneficiario

*Enclose notice with each letter*

# *“Delivery System”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

This notice lets you know that *[Mental Health Plan]* has determined that your mental health condition does not meet the medical necessity criteria to be eligible for specialty mental health services. *[Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].*

Although you do not qualify for specialty mental health services, you may be able to receive non-specialty mental health services from *[Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider]*. You can call them at *[telephone number]*. ***[If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member].***

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

If you are currently getting services and you want to keep getting services while we decide on your appeal, you must ask for an appeal within 10 days from the date on this letter, or before the date your mental health plan says services will be stopped or reduced.

## *“Delivery System”*

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

*Plan Letterhead*

**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA  
SOBRE LOS BENEFICIOS  
Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

Esta notificación le informa que *Mental Health Plan* se ha determinado que su condición de salud mental no cumple con el criterio médico de necesidad a fin de calificar para recibir servicios de salud mental especializados. *Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

Aunque usted no califica para recibir servicios de salud mental especializados, es probable que pueda recibir servicios de salud mental no especializados de *Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider*. Puede llamarles al *telephone number*. ***If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.***

Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* a *telephone number*.

## ***“Sistema de prestación”***

Si actualmente está recibiendo servicios y desea continuar recibiendo servicios mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en la que su plan de salud mental dice que los servicios serán suspendidos o reducidos.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan’s Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1- 888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"  
Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

# *“Modification”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[Name of requestor] has asked [Plan] to approve [Service requested]. We cannot approve this treatment as requested. This is because [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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].*

We will instead approve the following treatment: *[Service or service length approved].*

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

If you are currently getting services and you want to keep getting services while we decide on your appeal, you must ask for an appeal within 10 days from the date on this letter, or before the date your mental health plan says services will be stopped or reduced.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

## *“Modification”*

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

*Plan Letterhead*

**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA  
SOBRE LOS BENEFICIOS  
Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

*Name of requestor* ha solicitado *Plan* que apruebe *Service requested*. No podemos aprobar este tratamiento conforme a lo solicitado. Esto se debe a *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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

En cambio, aprobaremos el siguiente tratamiento: *Service or service length approved.*

Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* a *telephone number*.

Si actualmente está recibiendo servicios y desea continuar recibiendo servicios en tanto decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en la que su plan de salud mental dice que los servicios serán suspendidos o reducidos.

## ***"Modificación"***

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1- 888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"  
Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

# *“Termination”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

You are currently receiving *[Service to be terminated]*. Beginning on *[termination date]* we will no longer approve this treatment. This is because *[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 plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity]*.

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

If you want to keep getting this service while we decide on your appeal, you must ask for an appeal within 10 days from the date on this letter, or before the date your plan says services will be stopped or reduced, listed above.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

## *“Termination”*

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

*Plan Letterhead*

**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA  
SOBRE LOS BENEFICIOS  
Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

Usted actualmente está recibiendo *Service to be terminated*. A partir del *termination date* ya no aprobaremos este tratamiento. Esto se debe a *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 plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan a telephone number*.

Si desea continuar recibiendo este servicio en tanto decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en la que su plan dice que los servicios serán suspendidos o reducidos, la cual se indica arriba.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

## ***"Terminación"***

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

### *Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"  
Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

*[Plan Letterhead]*

**NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION  
About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[You or your provider [Name of requesting provider]] has asked [Plan] to obtain or approve [Service requested]. The [Plan or Name of requesting provider] has not provided services within [number of] working days. Our records show that you requested service(s), or service(s) were requested on your behalf on [date requested].*

We apologize for the delay in providing timely services. We are working on your request and will provide you with *[Service requested]* soon.

You may appeal this decision. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan] [hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

## *“Timely Access”*

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

*Plan Letterhead*

**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA  
SOBRE LOS BENEFICIOS  
Acercas de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

*You or your provider [Name of requesting provider ha solicitado Plan obtener o aprobar Service requested. El Plan or Name of requesting provider no ha proporcionado servicios en number of días hábiles. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicios(s), o que servicio(s) fueron solicitados a su nombre el date requested.*

Pedimos disculpas por el retraso en proporcionarle servicios de manera oportuna. Estamos trabajando en su solicitud y le proporcionaremos *Service requested* a la brevedad.

Usted puede apelar esta decisión. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

**Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal**

## ***“Acceso oportuno”***

como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"

Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

# *“Financial Liability”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Financial Liability**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[Plan]* has denied your dispute of financial liability regarding *[insert a description of the disputed financial liability (e.g., cost-sharing, co-insurance, other liabilities)]*. This is because *[Using plain language, insert a clear and concise explanation of the reasons for the denial. If further information is needed, indicate what further information is needed and/or additional steps need be taken, if necessary]*.

You may appeal this decision if you think it is incorrect. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the guideline, protocol, or criteria that we used to make our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

**If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you**

## *“Financial Liability”*

would like help reading the material, please contact  
*[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

# ***"Responsabilidad económica"***

*Plan Letterhead*

## **NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE LOS BENEFICIOS Acerca de de su responsabilidad económica**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

*Plan ha rechazado su disputa de responsabilidad económica concerniente a insert a description of the disputed financial liability (e.g., cost-sharing, co-insurance, other liabilities). Esto se debe a 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 considera que es incorrecta. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe con su apelación cualquier información o documentación que podría ayudar a su apelación. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, del protocolo o de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* a *telephone number*.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

***"Responsabilidad  
económica"***

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"  
Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

# *“NOABD Your Rights”*

## **YOUR RIGHTS UNDER MEDI-CAL**

---

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

**IF YOU DO NOT AGREE WITH THE DECISION MADE FOR YOUR MENTAL HEALTH OR SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT, YOU CAN FILE AN APPEAL. THIS APPEAL IS FILED WITH YOUR PLAN.**

### **HOW TO FILE AN APPEAL**

You have **60 days** from the date of this “Notice of Adverse Benefit Determination” letter to file an appeal. **If you are currently getting treatment and you want to keep getting treatment, you must ask for an appeal within 10 days** from the date on this letter OR before the date your Plan says services will stop. You must say that you want to keep getting treatment when you file the appeal.

You can file an appeal by phone or in writing. If you file an appeal by phone, you must follow up with a written signed appeal. The Plan will provide you with free assistance if you need help.

- **To appeal by phone:** Contact *[Plan]* between *[hours of operation]* by calling *[telephone number]*. Or, if you have trouble hearing or speaking, please call *[TTY/TDD number]*.
- **To appeal in writing:** Fill out an appeal form or write a letter to your plan and send it to:

*[Plan]*  
*[Address]*

Your provider will have appeal forms available. *[Plan]* can also send a form to you.

You may file an appeal yourself. Or, you can have someone like a relative, friend, advocate, provider, or attorney file the appeal for you. This person is called an “authorized representative.” You can send in any type of information you want your Plan to review. Your appeal will be reviewed by a different provider than the person who made the first decision.

## *“NOABD Your Rights”*

Your Plan has 30 days to give you an answer. At that time, you will get a “Notice of Appeal Resolution” letter. This letter will tell you what the Plan has decided. **If you do not get a letter with the Plan’s decision within 30 days, you can ask for a “State Hearing” and a judge will review your case.** Please read the section below for instructions on how to ask for a State Hearing.

### **EXPEDITED APPEALS**

If you think waiting 30 days will hurt your health, you might be able to get an answer within 72 hours. When filing your appeal, say why waiting will hurt your health. Make sure you ask for an **“expedited appeal.”**

---

### **STATE HEARING**

If you filed an appeal and received a “Notice of Appeal Resolution” letter telling you that your Plan will still not provide the services, or **you never received a letter telling you of the decision and it has been past 30 days**, you can ask for a “State Hearing” and a judge will review your case. You will not have to pay for a State Hearing.

You must ask for a State Hearing within **120 days** from the date of the “Notice of Appeal Resolution” letter. You can ask for a State Hearing by phone, electronically, or in writing:

- **By phone:** Call **1-800-952-5253**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Electronically:** You may request a State Hearing online. Please visit the California Department of Social Services’ website to complete the electronic form: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **In writing:** Fill out a State Hearing form or send a letter to:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Be sure to include your name, address, telephone number, Date of Birth, and the reason you want a State Hearing. If someone is helping you ask for a State Hearing, add their name, address, and telephone number to the form or letter. If you need an interpreter, tell us what language you speak. You will not have to pay for an interpreter. We will get you one.

After you ask for a State Hearing, it could take up to 90 days to decide your case and send you an answer. If you think waiting that long will hurt your health, you might be able to get an answer within 3 working days. You may want to ask your provider or Plan to write a letter for you, or you can write one yourself. The letter must explain in detail how waiting for up to 90 days for your case to be decided will seriously harm your life,

## *“NOABD Your Rights”*

your health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function. Then, ask for an **“expedited hearing”** and provide the letter with your request for a hearing.

### **Authorized Representative**

You may speak at the State Hearing yourself. Or someone like a relative, friend, advocate, provider, or attorney can speak for you. If you want another person to speak for you, then you must tell the State Hearing office that the person is allowed to speak for you. This person is called an “authorized representative.”

### **LEGAL HELP**

You may be able to get free legal help. You may also call the local Legal Aid program in your county at 1-888-804-3536.

**SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL**

---

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

**SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O DE TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS, PUEDE INTERPONER UN RECURSO DE APELACIÓN. ESTE RECURSO DE APELACIÓN SE INTERPONE ANTE SU PLAN.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de "Notificación de Determinación Adversa de Beneficios" para interponer un recurso de apelación. **Si usted actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiendo tratamiento, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha de esta carta O antes de la fecha que el Plan dice que los servicios serán suspendidos. Usted debe decir que desea continuar recibiendo tratamiento cuando presenta la apelación.

Usted puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Si interpone un recurso de apelación por teléfono, debe dar seguimiento con una apelación escrita y firmada. El Plan le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

- Para presentar una apelación por teléfono: Contacte a *Plan* entre las *hours of operation* llamando al *telephone number*. O, si tiene dificultad para oír o con hablar, llame al *TTY/TDD number*.
- Para presentar una apelación por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

*Plan*  
*Address*

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. *Plan* también puede enviarle un formulario.

Usted mismo puede presentar una apelación. O bien, puede hacer que otra persona, tal como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado presente la apelación por usted. Esta persona se denomina "representante autorizado". Puede enviar cualquier

## ***"Sus derechos de NOABD"***

tipo de información que desee que su plan revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que tomó la primera decisión.

Su Plan tiene 30 días para darle una respuesta. En ese tiempo, usted recibirá una carta de "Notificación de Resolución de la Apelación". Esta carta le informará lo que el Plan ha decidido. **Si usted no recibe una carta con la decisión del Plan dentro de los 30 días, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso.** Lea la sección a continuación para obtener las instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal.

### **APELACIONES URGENTES**

Si considera que esperar 30 días perjudicará su salud, usted debería poder recibir una respuesta dentro de las 72 horas. Al presentar la apelación, exprese el motivo por el cual esperar perjudicará su salud. Asegúrese de pedir una **"apelación urgente"**.

---

### **AUDIENCIA ESTATAL**

Si usted presentó una apelación y recibió una carta de "Notificación de la Resolución de la Apelación" que le dice que su Plan seguirá sin proporcionar los servicios, o **si nunca recibió una carta que le informe de la decisión y han pasado los 30 días**, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Notificación de la Resolución de la Apelación". Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente, o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede oír o hablar bien, llame al teléfono de texto para personas sordomudas (TTY/TDD) al **1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por Internet. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico:  
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **Por escrito:** Complete un formulario de solicitud de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

**California Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales de California)**  
**State Hearings Division (División de Audiencias Estatales)**  
**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y el motivo por el cual quiere una Audiencia Estatal. Si alguien le está

## ***"Sus derechos de NOABD"***

ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, díganos en qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de que solicite una Audiencia Estatal, podría tomar hasta 90 días decidir su caso y enviarle una respuesta. Si considera que esperar ese tiempo perjudicará su salud, usted debería poder recibir una respuesta dentro de los 3 días hábiles. Es posible que quiera pedir a su proveedor o Plan que escriba una carta por usted, o bien usted mismo puede escribirla. La carta debe explicar en detalle de qué modo el esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso perjudicará gravemente su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recobrar un funcionamiento máximo. Luego, pida una **"audiencia urgente"** y proporcione la carta con su solicitud de una audiencia.

### **Representante autorizado**

Usted mismo puede hablar en la Audiencia Estatal. O bien, puede hacer que otra persona, tal como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado hable por usted. Si quiere que otra persona hable en su nombre, entonces debe informar a la oficina de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar por usted. Esta persona se denomina "representante autorizado".

### **AYUDA LEGAL**

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Ayuda Legal en su condado al 1-888-804-3536.

# *“Adverse Benefit Determination Upheld”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF APPEAL RESOLUTION**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

You or *[Name of requesting provider or authorized representative]*, on your behalf, appealed the *[denial, delay, modification, reduction or termination or other adverse benefits determination]* of *[Service requested]*. *[Plan]* has reviewed the appeal and has decided to uphold the decision. This request is still denied. This is because *[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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].*

You may ask for free copies of all information used to make this decision. This includes a copy of the actual benefit provision, guideline, protocol, or criteria on which we based our decision. To ask for this, please call *[Plan]* at *[telephone number]*.

You may appeal this decision by requesting a State Hearing. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send in any information that could help your case. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you

*“Adverse Benefit Determination Upheld”*

would like help reading the material, please contact  
*[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

*[Signature Block]*

Enclosed: “*Your Rights under Medi-Cal Managed Care*”  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

# ***"Determinación Adversa de Beneficios (ABD) Ratificada"***

*Plan Letterhead*

## **NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE LA APELACIÓN**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:** *Service requested*

Usted o *Name of requesting provider or authorized representative*, en su nombre o representación, apeló la *denial, delay, modification, reduction or termination or other adverse benefits determination* del *Service requested*. *Plan* ha revisado la apelación y ha decidido ratificar la decisión. Esta solicitud sigue siendo denegada. Esto se debe a *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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la provisión del beneficio, de la guía, del protocolo o de los criterios real(es) en que nos basamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar dicha copia, llame a *Plan* a *telephone number*.

Usted puede apelar esta decisión solicitando una Audiencia Estatal. La notificación informativa adjunta denominada "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. Asimismo le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa asesoramiento legal gratuito. Se recomienda que envíe cualquier información que podría ayudar en su caso. La notificación adjunta con información sobre "Sus derechos" proporciona plazos de tiempo que debe observar cuando interpone un recurso de apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

***"Determinación Adversa de Beneficios  
(ABD) Ratificada"***

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados, al 1-888-452-8609.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"

Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

---

**YOUR RIGHTS UNDER MEDI-CAL**

---

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

If you still do not agree with the plan's decision, you can ask for a **“State Hearing”** and a judge will review your case.

You must ask for a State Hearing within **120 days** from the date of this letter. However, **if you are currently getting treatment and you want to continue your treatment while you appeal, you must ask for a State Hearing within 10 days** from the date this letter was postmarked or delivered to you OR before the date your health plan says services will be stopped or reduced. When you ask for a State Hearing, you must say that you want to keep getting your treatment. You will not have to pay for a State Hearing.

You can ask for a State Hearing by phone, electronically, or in writing:

- **By phone:** Call **1-800-952-5253**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Electronically:** You may request a State Hearing online. Please visit the California Department of Social Services' website to complete the electronic form: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **In writing:** Fill out a State Hearing form or send a letter to:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Be sure to include your name, address, telephone number, Date of Birth, and the reason you want a State Hearing. If someone is helping you ask for a State Hearing, add their name, address, and telephone number to the form or letter. If you need an interpreter, tell us what language you speak. You will not have to pay for an interpreter. We will get you one.

## *“NAR Your Rights”*

After you ask for a State Hearing, it could take up to 90 days to decide your case and send you an answer. If you think waiting that long will harm your health, you might be able to get an answer within 72 hours. You may wish to ask your doctor or mental health plan to write a letter for you or you may write your own. The letter must explain in detail how waiting for up to 90 days for your case to be decided will seriously harm your life, your health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function. Then, make sure you ask for an **“expedited hearing,”** and provide the letter with your request for a hearing.

### **Authorized Representative**

You may speak for yourself at the State Hearing or have another person speak for you, such as a relative, friend, advocate, doctor, or attorney. If you want another person to speak for you, then you must tell the State Hearing office that the person is allowed to speak on your behalf. This person is called an “authorized representative.”

### **Legal Help**

You may be able to get free legal help. You may call the local Legal Aid program in your county at 888-804-3536.

---

**SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL**

---

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si aún no está de acuerdo con la decisión del plan, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso.

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de **120 días** a partir de la fecha de la carta. No obstante, **si usted actualmente está recibiendo tratamiento y quiere continuar su tratamiento mientras apela, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días** a partir de la fecha en que esta carta fue sellada o entregada a usted O BIEN antes de la fecha en la que su plan médico dice que los servicios serán suspendidos o reducidos. Cuando solicite una Audiencia Estatal, debe decir que desea continuar recibiendo su tratamiento. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente, o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede oír o habla bien, llame al teléfono de texto para personas sordomudas (TTY/TDD) al **1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por Internet. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- **Por escrito:** Complete un formulario de solicitud de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

**California Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales de California)**  
**State Hearings Division (División de Audiencias Estatales)**  
**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y el motivo por el cual quiere una Audiencia Estatal. Si alguien le está

Para los Planes de Salud Mental y los Planes del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi- Cal (DMC-ODS)

**"Notificación de la Resolución de la Apelación (NAR)- SUS DERECHOS"**

ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, díganos en qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de que solicite una Audiencia Estatal, podría llevar hasta 90 días decidir su caso y enviarle una respuesta. Si considera que esperar ese tiempo perjudicará su salud, usted debería poder recibir una respuesta dentro de los 72 horas. Es posible que quiera pedir a su médico o plan de salud mental que escriba una carta por usted, o bien usted mismo puede escribirla. La carta debe explicar en detalle de qué modo el esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso perjudicará gravemente su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recobrar un funcionamiento máximo. Luego, asegúrese de solicitar una **"audiencia urgente"** y proporcione la carta con su solicitud de una audiencia.

**Representante autorizado**

En la Audiencia Pública usted mismo puede representarse o hacer que otra persona hable por usted, tal como un familiar, amigo, defensor, médico o abogado. Si quiere que otra persona hable en su nombre, entonces debe informar a la oficina de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar por usted. Esta persona se denomina "representante autorizado".

**Ayuda legal**

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Ayuda legal en su condado al 888-804-3536.

*Plan Letterhead*

**NOTICE OF APPEAL RESOLUTION**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**RE:** *Service requested*

You or *Name of requesting provider or authorized representative*, on your behalf, appealed the *denial, delay, modification, or termination of Service requested*. *Plan* has reviewed the appeal and has decided to overturn the original decision. This request is now approved. This is because *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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

*Plan or Provider* is required to authorize or provide you with the service within 72 hours.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *Plan hours of operation at Plan's Member Services telephone number*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *TTY/TTD number*, between *hours of operation* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *Plan* by calling *telephone number*.

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

***"ABD Overturned"***

*[Signature Block]*

*Enclosed: "Your Rights under Medi-Cal Managed Care"  
Language Assistance Taglines*

*[Enclose notice with each letter]*

**"Determinación  
Adversa de Beneficios  
(ABD) Anulada"**

*Plan Letterhead*

**NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE LA APELACIÓN**

*Date*

*Member's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**Asunto:**      *Service requested*

Usted o *Name of requesting provider or authorized representative*, en su nombre o representación, apeló la *denial, delay, modification, or termination* del *Service requested*. *Plan* ha revisado la apelación y ha decidido anular la decisión original. Esta solicitud es ahora aprobada. Esto se debe a *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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

*Plan or Provider* tiene la obligación de autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 72 horas.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación. Para obtener ayuda, puede llamar a las *Plan hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problema con hablar o escuchar, llame al número de teléfono para personas sordomudas (TTY/TTD) *TTY/TTD number*, entre las *hours of operation* para obtener ayuda.

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación tal como letra de tamaño grande, Braille o en un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, contáctese con el *Plan* llamando al *telephone number*.

Si el Plan no le brinda ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita más ayuda, la oficina Estatal de Defensa de la Atención Médica Gerenciada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes,

***"Determinación  
Adversa de Beneficios  
(ABD) Anulada"***

de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del Pacífico), con excepción de los días feriados,  
al 1-888-452-8609.

*Signature Block*

*Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"*

*Mensaje de asistencia con el idioma*

*Enclose notice with each letter*

## *“Nondiscrimination”*

---

### NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law. *[Plan]* follows Federal civil rights laws. *[Plan]* does not discriminate, exclude people, or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

*[Plan]* provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact *[Plan]* 24 hours a day, 7 days a week by calling *[telephone number]*. Or, if you cannot hear or speak well, please call *[TTY/TDD number]*.

---

## *“Nondiscrimination”*

### **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that *[Plan]* has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with *[Plan]*. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact *[Plan]* between *[hours of operation]* by calling *[telephone number]*. Or, if you cannot hear or speak well, please call *[TTY/TDD number]*.

- **In writing:** Fill out a grievance form, or write a letter and send it to:

*[Plan]*  
*[address]*

- **In person:** Visit your provider’s office or *[Plan]* and say you want to file a grievance.

---

### **OFFICE OF CIVIL RIGHTS**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN**

---

La discriminación es contra la ley. Plan de Salud Mental del Condado de Monterey observa las leyes Federales de derechos civiles. Plan de Salud Mental del Condado de Monterey no discrimina, excluye a personas, ni los trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Plan de Salud Mental del Condado de Monterey proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Plan de Salud Mental del Condado de Monterey las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-888-258-6029. O bien, si usted no puede oír o hablar bien, llame al 831-796-1788 TYY/TDD

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Si usted considera que *Plan de Salud Mental del Condado de Monterey* no le ha proporcionado estos servicios o que de otro modo lo ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con *Plan de Salud Mental del Condado de Monterey*. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona, o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Contacte a *Plan de Salud Mental del Condado de Monterey* entre las 8:00 AM a 5:00 PM llamando al (831) 755-4545. O bien, si usted no puede oír o hablar bien, llame al (831) 796-1788 TYY/TDD.

- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

*Plan de Salud Mental del Condado de Monterey*  
1611 Bunker Hill Way, Suite 120  
Salinas, CA 93906

- **En persona:** Visite la oficina de su proveedor o *Plan de Salud Mental del Condado de Monterey* y diga que desea presentar una queja.

---

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede oír o habla bien, llame al teléfono de texto para personas sordomudas (**TTY/TDD**) al **1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)**  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamación están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Denuncias de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

# *“Authorization Delay”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

*[You or your provider (Name of requesting provider)]* has asked *[Plan]* to obtain or approve *[Service requested]*. Our records show that you requested service(s), or service(s) were requested on your behalf on *[date requested]*. The *[Plan]* has not yet made a decision about the request.

We apologize for the delay in processing this request. We are working on your request and will provide *[you or your provider (Name of requesting provider)]* with a decision as soon as possible.

You may appeal this decision. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

## *“Authorization Delay”*

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

# **"Retraso de autorización"**

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

## **AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS Acercas de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Beneficiary's Name  
Address  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Address  
City, State Zip*

**ASUNTO:** *Service requested*

*You or your provider (Name of requesting provider)* le solicitó a **PLAN** que entregue o apruebe el *Service requested*. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o servicio(s) fueron solicitados en su nombre el *date requested*. El Plan aún no ha tomado una decisión sobre la solicitud.

Le pedimos disculpas por la demora en procesar esta solicitud. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos el *you or your provider (Name of requesting provider)* una decisión en *cuanto sea posible*.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso de información adjunto titulado "Sus derechos" le explica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto "Sus derechos" proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar **Plan hours of operation** al **Plan's Member Services Telephone number**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número **TTY/TTD TTY/TTD number**, entre **hours of operation** para recibir ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos BHRS en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea

## ***"Retraso de autorización"***

ayuda para leer el material, comuníquese con BHRS llamando al (800) 388-5189.

Si El Plan no lo ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del cuidado administrado por Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, excepto festivos, al 1 (888) 452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"

Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

# *“Grievance Appeal Resolution”*

*[Plan Letterhead]*

## **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION About Your Treatment Request**

*[Date]*

*[Member’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

*[Treating Provider’s Name]  
[Address]  
[City, State Zip]*

**RE:** *[Service requested]*

Our records show that you filed a *[grievance or appeal]* with the *[Plan or (Name of provider)]* on *[date filed]*. Unfortunately, the *[Plan]* did not finish reviewing the *[grievance or appeal]* within the required timeline.

We apologize for the delay in processing your *[grievance or appeal]*. We are working on it and will provide you with a decision as soon as possible.

You may appeal this decision. The enclosed “Your Rights” information notice tells you how. It also tells you where you can get help with your appeal. This also means free legal help. You are encouraged to send with your appeal any information or documents that could help your appeal. The enclosed “Your Rights” information notice provides timelines you must follow when requesting an appeal.

The Plan can help you with any questions you have about this notice. For help, you may call *[Plan]* *[hours of operation]* at *[Plan’s Member Services telephone number]*. If you have trouble speaking or hearing, please call TTY/TTD number *[TTY/TTD number]*, between *[hours of operation]* for help.

If you need this notice and/or other documents from the Plan in an alternative communication format such as large font, Braille, or an electronic format, or, if you would like help reading the material, please contact *[Plan]* by calling *[telephone number]*.

## *“Grievance Appeal Resolution”*

If the Plan does not help you to your satisfaction and/or you need additional help, the State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office can help you with any questions. You may call them Monday through Friday, 8am to 5pm PST, excluding holidays, at 1-888-452-8609.

This notice does not affect any of your other Medi-Cal services.

*[Signature Block]*

Enclosed: *“Your Rights under Medi-Cal Managed Care”*  
Language Assistance Taglines

*[Enclose notice with each letter]*

**NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION  
About Your Treatment Request**

**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS  
Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Date*

*Beneficiary's Name  
Dirección  
City, State Zip*

*Treating Provider's Name  
Dirección  
City, State Zip*

**ASUNTO:** *[Service requested]*

Nuestros registros muestran que usted presentó una *grievance or appeal* ante el *Plan or (Name of provider)* en *date filed*. Desafortunadamente el *Plan* no ha terminado de revisar su *grievance or appeal* dentro del periodo de tiempo requerido.

Le pedimos disculpas por la demora en procesar su *grievance or appeal*. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos una decisión en cuanto sea posible.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso de información adjunto titulado "Sus derechos" le explica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto "Sus derechos" proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

El **Plan** puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a *Plan durante hours of operation* al *Plan's Member Services telephone number*. Si tiene problemas auditivos o de hablar, llame al número TTY/TTD **TTY/TTD number**, durante *hours of operation* para recibir ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos de BHRS en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con **Plan** llamando al *telephone number*.

Si el **Plan** no lo ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, excepto días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Signature Block*

Documento(s) adjunto(s): "Sus derechos"

Mensaje de asistencia con el idioma

*Enclose notice with each letter*

---

## LANGUAGE ASSISTANCE

---

### **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_).

### **Español (Spanish)**

TENGA EN CUENTA: Si habla español, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponible. Llamar \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_).

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_).

### **Tagalog (Tagalog–Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_).

### **한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_)번으로 전화해 주십시오.

### **繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 \_\_\_\_\_ (TTY: \_\_\_\_\_)。

Send with all notices

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (TTY (հեռատիպ) ):

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (телетайп: ).

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با ( TTY: تماس بگیرید.

### **日本語 (Japanese)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
(TTY: )まで、お電話にてご連絡ください。

### **Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (TTY: ).

### **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।  
(TTY: ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: ).

### **िंहदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
(TTY: ) पर कॉल करें।

### **ภาษาไทย (Thai)**

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (TTY: ).

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ប្រយ័ត្ន៖ រដ្ឋស៊ើបអង្កេតនិយាយភាសាខ្មែរ, រដ្ឋដំនូយមននកភាសា រោយមិនគិតគូរ  
គឺអាចមានសំរាប់អរ អុីនក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ (TTY: )។

**ພາສາລາວ (Lao)**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,  
ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ (TTY: ).