

Programa de Servicios de Salud Mental de Especialidad Medi-Cal
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN-E
(Falta de servicio oportuno)

Fecha: _____

Para: _____ Número Medi-Cal: _____

El Plan de Salud Mental (MHP) del Condado de San Diego no le ha proporcionado servicios a usted dentro de los siguientes 60 días calendario a partir de la fecha de su solicitud inicial de servicio.

Nuestros registros indican que usted solicitó servicios, o bien que se solicitaron servicios en su nombre, en la fecha siguiente: _____.

Los siguientes servicios fueron solicitados en su nombre:

Lamentamos el retraso en proporcionar estos servicios oportunamente. Estamos trabajando en su solicitud y esperamos proporcionarle los servicios que solicitó pronto.

Usted puede solicitar una audiencia estatal para considerar la razón del retraso.

El dorso de este formulario le explicará cómo solicitar una audiencia estatal.

Esta notificación es obligatoria en conformidad con la subsección F, sección 438, título 42 del Código Federal de Normas.