

**Programa Especializado de Salud Mental de Medi-Cal  
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN  
(Falta de Servicio Puntual)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_, Número de Medi-Cal \_\_\_\_\_

El plan de salud mental para el Condado de Los Angeles no ha prestado servicios dentro de los \_\_\_\_\_ días hábiles de la fecha del pedido inicial de servicios.

Nuestros registros indican que usted solicitó los servicios o que los servicios fueron solicitados en su nombre el día \_\_\_\_\_

Los siguientes servicios fueron solicitados por usted o en su nombre:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lamentamos la demora en prestarle los servicios puntualmente. Estamos analizando su solicitud y esperamos prestarle el/los servicio/s solicitado/s pronto.

**Usted podría solicitar una audiencia estatal para que considere el motivo de la demora.**

Del otro lado de este formulario se explica cómo solicitar una audiencia estatal.

Este aviso es exigido en el Título 2, Código de Regulaciones Federales, Parte 438, Subparte F.

NOA-E Spanish (06-01-2005)

I certify that the Medi-Cal Beneficiary has received the Original Copy of this NOA-E, a copy of the NOA Back, and a copy of the Grievance and Appeal Procedures - A Consumer Guide. (LACDMH Medi-Cal Specialty Mental Health Services Provider Manual, 4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1)

I certify that a copy of this NOA-E was sent/faxed to the LACDMH Patients' Rights Office (213) 365-2481.

Staff

Signature \_\_\_\_\_

Print Staff

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_