(On Regional Contractor letterhead)

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at XXX-XXX-XXXX and someone will assist you.

Notification of Extension for Referral to ALTCS/Acute Care Contractor

Date

Name of Member/Guardian
Address
City, State, Zip)

RE: *(CRS Member Name, Member # & AHCCCS #)*

Dear *(Name)*:

We are forwarding your request for (*identify the service)* to your AHCCCS Plan. It may take up to fourteen extra days for your Plan to receive and process the request. In no case will this process take more than 28 days from the date we received the request from your provider. Please call your AHCCCS Plan if you have any questions, or, if you do not know who to contact at your AHCCCS Plan, please call us at XXX-XXX-XXXX, and we will be happy to help you with the call.

On behalf of (*Phoenix, Tucson, Flagstaff, Yuma)* CRS, thank you for your patience and understanding.

If you disagree with our extension of the timeframes, you can make a grievance. You may contact us at INSERT CONTACT NUMBER FOR ORAL GRIEVANCES or you can send a written grievance to INSERT ADDRESS.

If you need help with making a complaint [insert local advocacy organizations] For more information about this notice, you may contact the person whose name and address appears at the top of this notice. You may also refer to your member handbook for more information about the service authorization process.

Sincerely,

XXXXXXXXXXX
Name and credentials
Title

Effective Date: 1/1/2008

Cc:
Requesting Provider
ALTCS/Acute Care Contractor

(Usar Papel de Membrete del Contratista Regional de CRS)

Si usted tiene dificultades leyendo este aviso porque las letras son demasiado pequeñas o las palabras son muy difíciles de leer, favor de llamarnos al xxxxxx y alguien le asistirá.
XXX-XXX-XXXX or (800) XXX-XXXX

Notificación de la Extensión para la Remisión al ALTCS/Acute Care Contractor

Fecha

Nombre de Miembro/Guardián
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

De: *(Nombre de Miembro, # miembro de CRS e # identificación de AHCCCS)*

Estimado *(Nombre)*:

Hemos enviado su petición para (*identifique el servicio*) a su plan de AHCCCS. Puede tomar hasta catorce días adicionales para que su Plan reciba y procese la petición. En ningún caso este proceso tomara más de 28 días a partir de la fecha que recibimos la petición de su proveedor. Por favor llame a su plan de AHCCCS si tiene cualquier pregunta, o, si no sabe con quién comunicarse al plan de AHCCCS, por favor llame al XX-XXX-XXXX, y estaremos complacidos de ayudarle con su llamada.

Por parte de (*Phoenix, Tucson, Flagstaff, Yuma)* CRS, gracias por su paciencia y comprensión.

Si usted no está de acuerdo con el horario de nuestra extensión, usted puede presentar una queja. Usted puede comunicarse con nosotros al PONER NUMERO DE CONTACTO PARA QUEJAS ORAL o usted puede enviar su queja escrita a PONER DIRECCION.

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, [inserte organizaciones de ayuda locales o legales.] Para más información sobre este aviso, usted puede comunicarse con la persona de quién el nombre y dirección aparece en la parte superior de este aviso. Usted también se puede referir al manual de los miembros para más información sobre el proceso de la autorización de servicios.

Sinceramente,

XXXXXXXXXXX
Nombre y credenciales
Titulo

Cc:
Proveedor Solicitante
Contratista de ALTCS/Acute Care