# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS

# Acerca de su solicitud de tratamiento

#### Fecha

## *Nombre del beneficiario* *Nombre del proveedor tratante*

*Dirección* *Dirección*

*Ciudad, Estado,C.P.*

### ASUNTO: *Servicio solicitado*

*Usted o su proveedor [Nombre del proveedor solicitante]* le solicitó *al Plan* que entregue o apruebe *el Servicio solicitado*. El *Plan o nombre del proveedor solicitante* no ha proporcionado servicios dentreo de *número de* días hábiles. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o servicio(s) fueron solicitados en su nombre el día *fecha de solicitud.*

Nos disculpamos por la demora en proporcionar servicios oportunos. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos el *Servicio solicitado* pronto.

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 al *Plan**en el horario de atención* al *número telefónico de Servicios a los miembros*. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TTD*número TTY/TTD*, entre *horario de atención* para recibir ayuda.

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

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.

*Bloque para Firma*

Adjunto: "Sus derechos"

Frases de asistencia lingüística

Aviso de no discriminación al beneficiario