# 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*

*Nombre del proveedor solicitante* le solicitó *al Plan* que apruebe elpago por el siguiqnte servicio, que usted ya recibió: *Servicio solicitado* El plan ha denegado la solicitud de pago de su proveedor. La razón del rechazo es*Usando lenguaje sencillo, mencione:* *1. Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión;* *2.* *Una descripción de los criterios o pautas utilizados, incluyendo una referencia a las reglamentaciones específicas o procedimientos de autorización que respaldan la acción; y 3. Las razones clínicas para la decisión con respecto a la necesidad médica.*

**Note que: esta no es una factura de tratamiento. No está obligado a pagar por los servicios que recibió.**

Puede apelar esta decisión si la considera incorrecta. 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.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la disposición actual de los beneficios, la guía, el protocolo o los criterios en los que basamos nuestra decisión. Para solicitarlo, llame a *Plan* al *número telefónico*.

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