**711AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento**

*Fecha*

*Nombre del miembro Nombre del proveedor tratante*

*Dirección Dirección*

*Ciudad, estado, código postal Ciudad, estado, código postal*

**ASUNTO:** *Servicio solicitado*

*Usted o su proveedor Nombre del proveedor solicitante* ha solicitado a *Nombre del proveedor* que obtenga o apruebe *Servicio solicitado*. Nuestros registros muestran que usted solicitó los servicios, o que se solicitaron los servicios en su nombre el *Fecha. Nombre del proveedor* aún no ha tomado una decisión sobre la solicitud.

Lamentamos el retraso en el procesamiento de esta solicitud. Estamos trabajando en su solicitud y le comunicaremos a *usted o a su* *proveedor*, *Nombre del proveedor solicitante,* una decisión lo antes posible.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso informativo adjunto “Sus derechos” le explica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le recomienda enviar junto con su apelación cualquier información o documento que pueda ser útil para la misma. El aviso informativo adjunto “Sus derechos” proporciona los plazos que debe seguir cuando solicita una apelación.

Nombre del proveedor puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a *Nombre del proveedo*rde *horario de atención* al *teléfono*. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al teléfono TTY/TDD *711*, entre *horario de atención*, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso u otros documentos de Nombre del proveedor en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o formato electrónico, o si quiere ayuda para leer el material, comuníquese con Nombre del proveedor llamando al *teléfono*.

Si Nombre del proveedor no lo ayuda a cubrir sus necesidades o necesita más ayuda, la Oficina del Defensor del Pueblo de la atención médica administrada de Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., PST, excepto en días festivos, al   
1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Saludo de la agencia proveedora*

Adjunto*: “Sus derechos bajo la atención médica administrada de Medi-Cal”*

Aviso de disponibilidad de frases