# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

**Acerca de su solicitud de tratamiento - Denegación de pago**

*Fecha*

*Nombre del miembro Nombre del proveedor tratante*

*Dirección Dirección*

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

**ASUNTO:** *Servicio solicitado*

*Nombre del proveedor solicitante* ha solicitado a *Nombre del proveedor* que apruebe el pago del siguiente servicio, que ya recibió: *Servicio solicitado.* El Plan ha denegado la solicitud de pago de su proveedor. El motivo de la denegación es*:*

*1. Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión;*

1. *Una descripción de los criterios o las directrices utilizados incluyendo una referencia de las normas y los procedimientos de autorización específicos que respaldan la acción; y*
2. *Los motivos clínicos de la decisión sobre la necesidad médica*.

# Tenga en cuenta: esto no es una factura del servicio. No está obligado a pagar por los servicios recibidos.

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. 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.

Puede solicitar copias gratis de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de las directrices, el protocolo o los criterios que utilizamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar esto, llame a *Nombre del proveedor* al *teléfono*.

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 de servicios para miembros del plan*. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al teléfono TTY/TDD, *teléfono TTY/TDD*, 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 Plan 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

Aviso de no discriminación