**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento - Aviso de modificación**

*Fecha*

*Nombre del miembro Nombre del proveedor tratante*

*Dirección Dirección*

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

**ASUNTO:** *Servicio solicitado*

*Nombre del solicitante* ha solicitado a *Nombre del proveedor* que apruebe *Servicio solicitado.* No podemos aprobar este tratamiento tal como se solicita. Esto se debe a que*:*

*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 a las normas específicas o los procedimientos de autorización del plan que respaldan la acción; y*
2. *Los motivos clínicos de la decisión sobre la necesidad médica.*

En su lugar aprobaremos el siguiente tratamiento: *Servicio o duración del servicio aprobado.*

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*.

Si actualmente está recibiendo servicios y quiere seguir recibiéndolos mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días desde la fecha de esta carta o antes de la fecha en que su plan de salud mental indica que se suspenderán o reducirán los servicios.

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a *Nombre del proveedo*rde *horario de atención* a *Proveedor* 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 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 en diferentes idiomas