**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento - Aviso de acceso oportuno**

*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 *Plan* que obtenga o apruebe *Servicio solicitado*. *Nombre del proveedor solicitante* no ha prestado los servicios en *número de* días hábiles. Nuestros registros muestran que usted solicitó los servicios, o que se solicitaron los servicios en su nombre el *Fecha.*

Lamentamos el retraso en la prestación de los servicios oportunos. Estamos trabajando en su solicitud y le ofreceremos *Servicio solicitado* pronto.

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.

*Plan* puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a *Plan entre horario de atención* al *teléfono*. 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 Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o formato electrónico, o si quiere obtener ayuda para leer el material, comuníquese con *Plan* 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.

*Equipo de reclamaciones del condado*

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

Aviso de disponibilidad de frases en diferentes idiomas